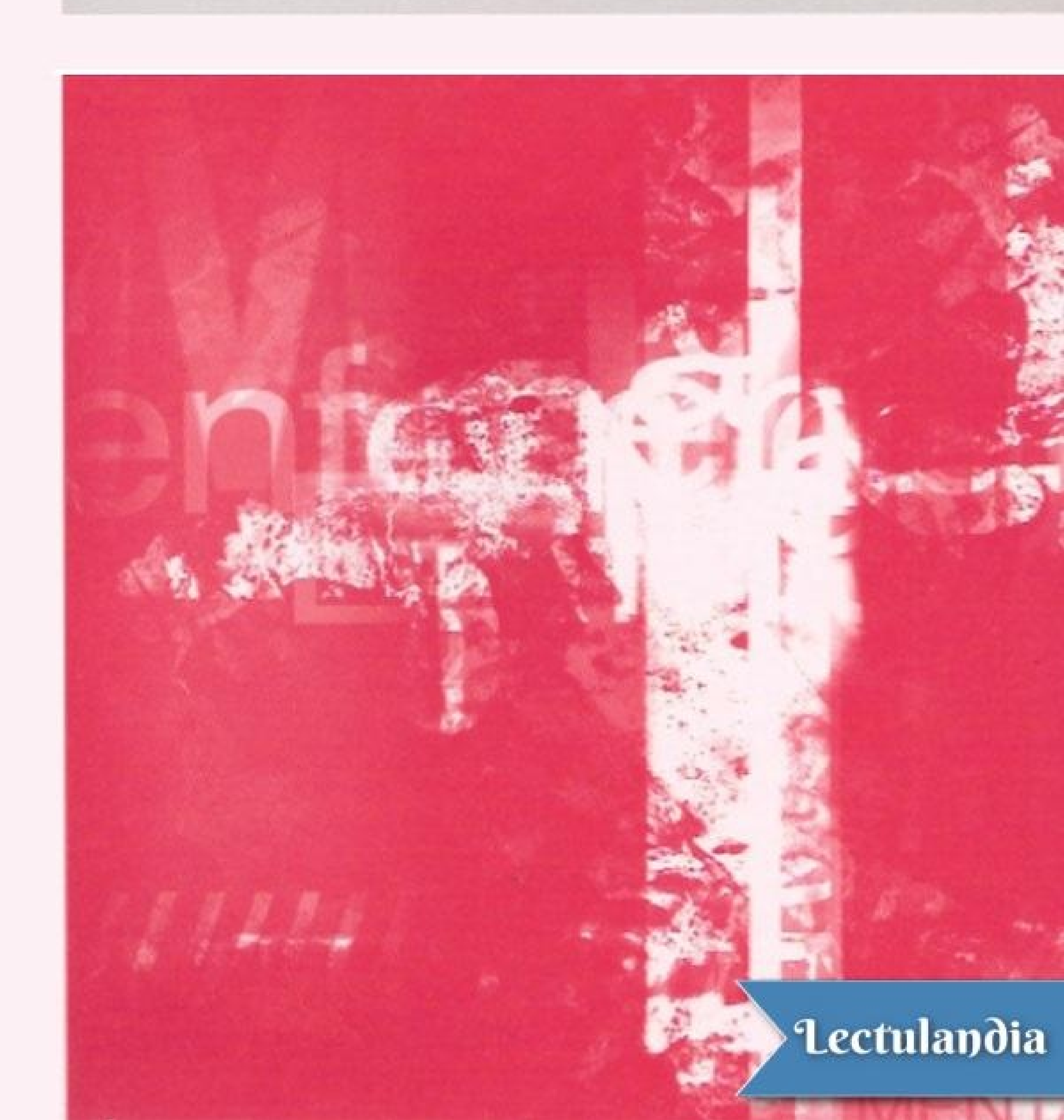
Thomas S. Szasz

El mito de la enfermedad mental

Bases para una teoría de la conducta personal



La noción de enfermedad mental puede haber sido útil en el siglo XIX, pero hoy es científicamente innecesaria y socialmente dañina. Como declara su autor ya en la introducción, la psiquiatría le parece «una actividad pseudomédica», articulada sobre pseudoenfermedades. Szasz toma la histeria como ejemplo y analiza las fallas de las interpretaciones clásicas y contemporáneas.

A pesar de ello «podría llegar a ser una ciencia» si sus cultivadores se decidieran a poner las bases para «una teoría sistemática de la conducta personal». Si se entiende y estudia toda conducta humana como un tipo especial de comunicación que se da en el marco de ciertos roles y reglas establecidas, comprender una enfermedad mental es descifrar su mensaje y elucidar las «reglas del juego».

Lectulandia

Thomas Szasz

El mito de la enfermedad mental

Bases para una teoría de la conducta personal

ePub r1.0
Titivillus 28.05.15

Título original: *The Myth of Mental Illness: Foundations of a Theory of Personal Conduct*
Thomas Szasz, 1961
Traducción: Flora Setaro
Retoque de cubierta: Titivillus

Editor digital: Titivillus
ePub base r1.2

Dedico esta obra a mi esposa, Rosine

«El juego debe continuar: este es el mandato de la Naturaleza. Pero es al hombre a quien le toca determinar las reglas fundamentales y delinear los equipos. La determinación de las reglas atañe principalmente al especialista en ética. La delineación de los equipos… bueno, para esta tarea se necesitan muchas disciplinas». Garrett Hardin [1959, pág. 318].

Prólogo

Mi interés por escribir este libro surgió hace más o menos diez años, cuando —dedicado ya a la psiquiatría— comenzó a preocuparme cada vez más el carácter vago, caprichoso y en general insatisfactorio del muy utilizado concepto de enfermedad mental y sus corolarios, el diagnóstico, el pronóstico y el tratamiento. Pensé que, aun cuando el concepto de enfermedad mental parecía acertado desde el punto de vista *histórico* (ya que emana de la identidad histórica de la medicina y la psiquiatría), carecía de sentido *racional*. Si bien pudo haber sido útil en el siglo XIX, hoy está desprovisto de valor científico y es, desde una perspectiva social, nocivo.

Aunque la insatisfacción por los fundamentos médicos y el marco conceptual de la psiquiatría no es nueva, poco se ha hecho para explicar el problema, y menos aún para remediarlo. En los círculos psiquiátricos se considera casi indecoroso preguntar «qué es la enfermedad mental», y en los que no lo son se acepta con demasiada frecuencia la opinión de los psiquiatras, sea ella cual fuere, acerca de este punto. La pregunta: «¿Quiénes son enfermos mentales?» encuentra, por ende, esta respuesta: «Aquellos que se hallan internados en hospitales neuropsiquiátricos, o acuden a los consultorios privados de los psiquiatras».

Es posible que estas respuestas parezcan excesivamente simples. Si ello ocurre, es porque lo son. Sin embargo, no es fácil responder de manera más lúcida sin enfrentar una serie de complejos problemas; sería menester preguntar, en primer término, si «la enfermedad mental es una enfermedad», y replantear luego nuestras metas con el fin de pasar de la comprensión de la enfermedad mental a la de los seres humanos.

La necesidad de reexaminar el problema de la enfermedad mental es, al mismo tiempo, oportuna y apremiante. En nuestra sociedad existe gran confusión, insatisfacción y tensión con respecto a los problemas psiquiátricos, psicológicos y sociales. Se dice que la enfermedad mental es el problema de salud número uno de Estados Unidos. Las estadísticas reunidas para demostrar este aserto son impresionantes: en los hospitales, más de medio millón de camas están ocupadas por enfermos mentales, y diecisiete millones de personas adolecen, según se afirma, de cierto grado de enfermedad mental.

Los principales medios de comunicación de masas —los periódicos, la radio y la televisión— utilizan libremente el concepto de enfermedad mental. A veces se afirma que algunos personajes famosos —como Adolfo Hitler, Ezra Pound o Earl Long— son enfermos mentales. Otras, se pone este rótulo a los miembros más infortunados (y que ocupan el lugar más bajo) de la escala social, en especial si se les imputa algún delito.

La popularidad alcanzada por la psicoterapia y la supuesta necesidad de la gente de recurrir a ella aumentan con rapidez. Al mismo tiempo, resulta imposible

responder a la pregunta: «¿Qué es la psicoterapia?». El término «psicoterapia» abarca casi todo lo que hace alguien cuando está en contacto con otras personas. El psicoanálisis, la psicoterapia de grupo, la confesión religiosa, la rehabilitación de reclusos en establecimientos carcelarios y muchas otras actividades reciben el nombre de «psicoterapia».

En este libro trataré de disipar esas confusiones, esclareciendo de este modo la atmósfera psiquiátrica. En la primera y la segunda parte expondré las raíces sociohistóricas y epistemológicas del moderno concepto de enfermedad mental. La pregunta: «¿Qué *es* la enfermedad mental?» se liga de manera inextricable con otro interrogante: «¿Qué *hace* el psiquiatra?». Mi primera tarea consiste, por lo tanto, en presentar un análisis esencialmente «destructivo» del concepto de enfermedad mental y de la psiquiatría como actividad seudomédica. Creo que tal «destrucción» es indispensable, igual que la demolición de los viejos edificios, si queremos erigir un edificio nuevo más habitable para la ciencia del hombre.

Descartar un modelo conceptual sin tener otro que lo reemplace no es tarea sencilla; me vi obligado, pues, a buscar un nuevo enfoque. Mi segunda tarea consiste en ofrecer una síntesis «constructiva» de los conocimientos que considero útiles para llenar el vacío dejado por el mito de la enfermedad mental. En la tercera, cuarta y quinta parte presentamos una teoría sistemática de la conducta personal, basada parcialmente en materiales extraídos de la psiquiatría, el psicoanálisis y otras disciplinas, y también parcialmente en mis propias ideas y observaciones.

Al ignorar los problemas morales y los patrones normativos —como metas y reglas de conducta establecidas en forma explícita— las teorías psiquiátricas separaron aún más la psiquiatría de esa realidad que trataban precisamente de describir y explicar. Me esforcé por corregir esta deficiencia por medio de una teoría de los juegos aplicada a la vida humana, que permita conciliar los argumentos éticos, políticos, religiosos y sociales con los intereses más tradicionales de la medicina y la psiquiatría.

Si bien, de acuerdo con mi tesis, la enfermedad mental es un mito, no me propongo «desprestigiar a la psiquiatría». En la actualidad es muy grande la cantidad de libros que tratan de exaltar los méritos de la psiquiatría y la psicoterapia, o de desacreditarlas. Los primeros intentan demostrar, por lo general, por qué y cómo esta o aquella forma de conducta *es* una «enfermedad mental», y de qué manera los psiquiatras *pueden* ayudar a la persona afectada. Los segundos suelen atacar a dos puntas, con el fin de sugerir que los propios psiquiatras son «enfermos mentales» y que la psicoterapia es un método deficiente para «tratar» una dolencia que se manifiesta con síntomas tan graves como los de la enfermedad mental.

Quisiera aclarar, por lo tanto, que aunque considero que el concepto de enfermedad mental no sirve, creo que la psiquiatría podría llegar a ser una ciencia. Pienso, asimismo, que la psicoterapia es un método eficaz para ayudar a la gente —no, por cierto, a recuperarse de una «enfermedad», sino a aprender mucho más acerca

de sí misma, del prójimo y de la vida.

En suma, este no es un libro de psiquiatría, ni tampoco un trabajo referente a la naturaleza del hombre. Es un libro *acerca de* la psiquiatría, en el que indagamos qué hace la gente, pero en particular los psiquiatras y nacientes, en su contacto mutuo. Es también un libro que se refiere a la naturaleza humana, pero, de manera más específica, a la conducta del hombre, puesto que ofrecemos observaciones e hipótesis concernientes a la forma en que vive el individuo.

Thomas S. Szasz
Syracuse, Nueva York

Reconocimientos

Las personas que ayudaron a preparar este libro fueron muchas. En primer término quiero agradecer al doctor Marc H. Hollender por haber puesto a mi disposición el clima académico necesario para escribir un trabajo de esta índole. Leyó, además, todo el manuscrito con profundo sentido crítico, y efectuó muchas sugerencias para mejorarlo. Arthur Ecker y Samuel D. Lipton leyeron también el manuscrito completo, y formularon críticas sagaces y sutiles. Judson Albaugh, Robert Daly, Eugene Kaplan, Ronald Leifer, Louis Patrizio, Charles Reed, Julius B. Richmond, John J. Sandt, Edward Sulzer y David Owen leyeron partes del libro y contribuyeron con valiosas sugerencias. Agradezco a los numerosos autores, editores y compiladores que me han autorizado a citar textos con derechos registrados.

También quisiera expresar mi deuda con la señora de Ecker, quien corrigió mi gramática y mi estilo; con Dorothy Donaldson, bibliotecaria adjunta del Centro Médico de la Universidad Estadual de Nueva York Septentrional, por haberme facilitado gran parte de las referencias que consulté al preparar este volumen, y con Margaret Bassett, por sus excelentes servicios como secretaria.

Vaya por último mi profundo reconocimiento al personal de la casa editora Paul B. Hoeber, Inc., y, en particular, a Claire Drullard, por el cuidado con que trasformaron mi manuscrito en un libro pulido y acabado.

Introducción

«La ciencia debe comenzar por los mitos, y por la crítica de los mitos» Karl R. Popper [1957, pág. 177].

Tarde o temprano, toda actividad científica llega a una encrucijada. Los hombres de ciencia deben decidir, entonces, qué camino seguirán. El dilema que enfrentan es este: «¿Cómo enfocaremos nuestro trabajo? ¿Debemos considerarlo en función de *sustantivos* y *entidades* —p. ej, los elementos, compuestos, cosas vivientes, enfermedades mentales, etc.—, o de *procesos* y *actividades*, como el movimiento browniano, la oxidación o la comunicación?». No es necesario considerar el dilema en un plano abstracto para advertir que estos dos modos de conceptualización representan una secuencia evolutiva en el proceso de desarrollo del pensamiento científico. El pensamiento como entidad precedió siempre al pensamiento como proceso. Desde hace tiempo, la física, la química y algunas ramas de la biología complementaron las conceptualizaciones sustantivas con las teorías procesales. La psiquiatría, no.

Alcance y métodos del estudio

A mi juicio, la definición tradicional de psiquiatría —que aún está en boga— ubica a esta junto a la alquimia y la astrología, y la encierra en la categoría de seudociencia. Se dice que la psiquiatría es una especialidad médica que se ocupa del estudio y tratamiento de la enfermedad mental. De igual modo, la astrología estudiaba la influencia que ejercían los movimientos y posiciones de los planetas en el destino y la conducta humanos. Estos son ejemplos típicos de casos en los que una ciencia se define por el tema que estudia. Estas definiciones desconocen por completo el método, y se basan, en cambio, en falsos sustantivos [Szasz, 1958*a*, 1959*b*]. Las actividades de alquimistas y astrólogos —en contraste con las de químicos y astrónomos— no estaban delimitadas por métodos de observación e inferencia cuyo conocimiento estuviera al alcance de todos. Del mismo modo, los psiquiatras evitan revelar plenamente y en forma pública lo que hacen. En realidad, pueden hacer casi cualquier cosa, como terapeutas o teóricos, y, sin embargo, se los sigue considerando psiquiatras. Por consiguiente, la conducta de un determinado psiquiatra —como miembro de la especie «psiquiatra»— puede ser la de un médico, un sacerdote, un amigo, un consejero, un maestro, un psicoanalista o cualquier clase de combinaciones de estos. Es un psiquiatra en tanto sostiene que se orienta hacia el problema de la salud y la enfermedad mentales. Pero imaginemos, por un momento, que ese problema no existe. Supongamos, además, que estas palabras se refieren a algo que

no es más sustancial o real que la concepción astrológica de las influencias planetarias en la conducta humana. ¿A qué resultado llegaríamos?

Los métodos de observación y de acción en psiquiatría

La psiquiatría se encuentra en un punto crítico. Hasta ahora, la regla fue pensar en términos de sustantivos —p. ej., la neurosis, la enfermedad o el tratamiento—. El problema que se plantea es este: ¿Continuaremos por el mismo camino o nos apartaremos de él, orientándonos hacia el pensamiento en términos de procesos? A la luz de este enfoque, en este estudio me propongo, primero, *demoler algunos de los principales sustantivos falsos del pensamiento psiquiátrico contemporáneo*, y, segundo, *establecer los cimientos de una teoría de la conducta personal en términos de procesos*.

En todas las esferas y actividades de la vida, incluida la ciencia, hay discrepancias entre lo que las personas dicen hacer y lo que en realidad hacen. Precisamente con respecto a esa discrepancia en la física, Einstein [1933] formuló en términos sucintos el principio del operacionalismo, que Bridgman [1936] convirtió luego en una filosofía sistemática de la ciencia:

«Si ustedes quieren averiguar algo acerca de los métodos que utilizan los físicos teóricos, les aconsejo que se atengan en forma estricta a un principio: no presten atención a sus palabras sino a sus hechos» [pág. 30].

Sin duda, no hay razones para suponer que este principio es menos válido para comprender los métodos —y, por ende, la naturaleza y el objeto— de la psiquiatría.

En pocas palabras, la definición operacional de un concepto es aquella que lo relaciona con «operaciones» reales. Un concepto físico se define por operaciones físicas, tales como mediciones del tiempo, la tempera tura, la distancia, etc. En el campo de la física, las definiciones operacionales se pueden oponer a las idealistas, ejemplificadas por los clásicos conceptos preeinstenianos de Tiempo, Espacio y Masa. De manera similar, un concepto psicológico o sociológico, definido en términos operacionales, se relaciona con observaciones o mediciones psicológicas o sociológicas. En cambio, muchos conceptos psicosociales se definen sobre la base de valores e intenciones establecidos por el propio investigador. La mayoría de los actuales conceptos psiquiátricos pertenecen a la última categoría.

La respuesta a la pregunta: «¿Qué hacen los psiquiatras?» depende, por lo tanto, de la clase de psiquiatra que tenemos en mente. Podría responder a cualquiera de estos prototipos (la lista no es necesariamente completa): efectúa el examen físico de los pacientes, administra drogas y realiza tratamientos de descarga eléctrica, firma los papeles necesarios para la internación, examina a los delincuentes y ofrece testimonios acerca de estos en los tribunales o, quizá, la mayoría de las veces escucha

y habla a los pacientes. En este libro me ocuparé, sobre todo, de la psiquiatría considerada una disciplina especial, cuyo método consiste «solamente en hablar» —como suele decirse con cierto dejo de burla, pero con bastante propiedad—. Si descartamos la palabra «solamente» como una crítica gratuita y ampliamos el significado del término «hablar» para incluir todos los tipos de comunicaciones, llegaremos a formular un método psiquiátrico básico, al cual suscriben, en realidad, muy pocos psiquiatras. De hecho, existe una división, y tal vez una brecha insalvable, entre lo que la mayoría de los psicoanalistas y psicoterapeutas hacen en el curso de su trabajo, y lo que dicen acerca de la naturaleza de este. En cuanto a su labor concreta, se comunican con el paciente por medio del lenguaje, de signos no verbales y reglas. Además, mediante los símbolos verbales analizan las interacciones comunicacionales que observan y en las que ellos mismos participan. A mi juicio, esto describe con acierto las verdaderas actividades del psicoanálisis y de la psiquiatría orientada hacia una perspectiva psicosocial. Pero ¿qué dicen los psiquiatras acerca de su trabajo? ¡Se expresan como si fuesen médicos, fisiólogos, biólogos e incluso físicos! Oímos hablar de pacientes enfermos, de instintos y funciones endógenas y, desde luego, de «libido» y «energías psíquicas», tanto «libres» como «ligadas». Si bien la necesidad de ser claros con respecto al método científico no es ya una idea nueva entre los hombres de ciencia, es preciso subrayarla de nuevo en nuestro campo.

La psiquiatría, que utiliza los métodos del análisis comunicacional, tiene mucho en común con las ciencias que se dedican a estudiar los lenguajes y la conducta de comunicación. A pesar de esta conexión entre la psiquiatría y disciplinas como la lógica simbólica, la semiótica[1] y la sociología, se continúa presentando a los problemas de salud mental dentro del marco tradicional de la medicina. El andamiaje conceptual de esta ciencia descansa, en cambio, en principios físicos y químicos. Esto es enteramente razonable, porque la tarea de la medicina fue y sigue siendo estudiar —y, si fuese necesario, modificar— la estructura y la función fisicoquímicas del organismo humano. Empero, no parece posible que la conducta de utilización de signos se preste a ser explorada y comprendida en estos términos.

La distinción entre física y psicología es, por supuesto, muy conocida Sin embargo, sus diferencias no suelen considerarse con suficiente seriedad. La falta de confianza que suscita la psicología en cuanto a su carácter de ciencia legítima se revela en la abierta expectativa de algunos científicos, de que todas las descripciones y observaciones científicas se expresarán a la larga en un idioma físico-matemático. Más específicamente, en el lenguaje psiquiátrico y psicoanalítico, el escepticismo hacia los métodos y temas se pone de manifiesto en la persistente imitación de los enfoques médicos. Continuamos hablando de, y quizá creyendo en, conceptos como «psicopatología» y «psicoterapia». Esta es, sin duda, la situación actual de nuestra ciencia. Al mismo tiempo, las ideas referentes a las comunicaciones y relaciones objetales lograron creciente aceptación, sobre todo en las últimas décadas. Pero una ciencia no puede ir más allá de lo que le permite su instrumento lingüístico. Por lo

tanto, no podemos desembarazarnos fácilmente de nuestra incesante confianza en nociones como «neurosis», «psicosis», «enfermedad emocional», «tratamiento psicoanalítico», etc. Permanecemos encadenados a un marco conceptual anticuado desde el punto de vista científico, y a su terminología. Sin embargo, no podemos aferrarnos para siempre al carácter moralmente subjetivo y socialmente manipulativo de nuestro tradicional lenguaje psiquiátrico y psicoanalítico, y sacar provecho de ello, sin pagar un precio. Creo que corremos el riesgo de adquirir poder y superioridad sobre los pacientes y quienes no son psiquiatras a costa de la autoesterilización científica y, por ende, de la autodestrucción profesional definitiva.

Causalidad e historicismo en la psiquiatría moderna

Los problemas relacionados con la constancia histórica y la posibilidad de predecir son de suma importancia para toda la psiquiatría. En este campo están implícitas cuestiones tales como determinar si la histeria fue «siempre la misma enfermedad», o si el psicoterapeuta está en condiciones de «predecir» si el señor X será feliz casándose con la señorita Y. El pensamiento psicoanalítico tradicional da por sentado que la predicción es una herramienta legítima de esta disciplina científica. Hoy, oímos hablar a menudo acerca de cómo se debe utilizar la predicción para «validar» las hipótesis psicoanalíticas. Considero que debemos tener serias reservas con respecto a las preocupaciones por controlar y predecir los hechos psicosociales. La prudencia y el escepticismo exigen que prestemos atención a la epistemología de la psiquiatría, y, en especial a lo que implican las explicaciones históricas y deterministas de la conducta humana.

La teoría psicoanalítica del hombre se elaboró según el modelo causal-determinista de la física clásica. En fecha reciente, los errores de esta traspolación se documentaron ampliamente [p. ej., Gregory, 1953; Allport, 1955]. En este punto, creo conveniente llamar la atención sobre la aplicación del principio del determinismo físico a los asuntos humanos, al cual Popper [1944-1945] designó en forma acertada con el término de «historicismo». El examen de gran parte del moderno pensamiento psiquiátrico revela el rol fundamental de los hechos históricos precedentes como presuntos *determinantes* de la conducta subsiguiente La teoría psicoanalítica de la conducta constituye, por lo tanto, una especie de historicismo. Mientras se considere satisfactorio este tipo de explicación, no será necesario buscar otras de diferente índole, como las que presentaremos en este libro. Con respecto a esto, es preciso tener en cuenta que las teorías historicistas de la conducta excluyen explicaciones referentes a la evaluación, opción y responsabilidad en los asuntos humanos.

En pocas palabras, el historicismo es una doctrina según la cual la predicción histórica no difiere en esencia de la predicción física. Se considera que los hechos históricos (v. gr., psicológicos, sociales) están enteramente determinados por sus

antecedentes, del mismo modo que los hechos físicos lo están por los suyos. Así, pues, la predicción de los acontecimientos futuros es, en principio, posible. En la práctica, la predicción está limitada por el grado en que se pueden determinar con certeza las condiciones del pasado y el presente. En la medida en que es factible determinarlas de manera adecuada, la predicción satisfactoria está asegurada.

Los pensadores sociales historicistas que Popper tomó como modelo fueron hombres como Platón, Nietzsche, Marx y los modernos dictadores totalitarios y sus apologistas. De acuerdo con la doctrina historicista, el futuro está determinado —en cierto sentido, de manera irrevocable— por el pasado: «Toda versión del historicismo expresa la sensación de que algo es arrastrado hacia el futuro por fuerzas irresistibles» [Popper, 1944-1945, pág. 160], Comparemos esta afirmación con la tesis freudiana de que la conducta humana está determinada por «fuerzas inconscientes», las cuales son, a su vez, producto de experiencias tempranas e impulsos instintuales. La similitud esencial entre el marxismo y el psicoanálisis clásico reside en que ambos seleccionan un único tipo de causa precedente, que bastaría para explicar casi todos los hechos humanos subsiguientes. En el marxismo, las condiciones económicas determinan la naturaleza y la conducta humanas; en el psicoanálisis, los factores histórico-familiares (genético-psicológicos). Paradójicamente, la terapia se basa en la expectativa de que la razón y la comprensión contribuirían a mitigar las fuerzas —de lo contrario irresistibles— del historicismo. Empero, cabe discutir si el pasado es en realidad un determinante tan poderoso de las acciones humanas futuras, como lo es en el caso de los acontecimientos físicos que ocurrirán. Esto no es un hecho establecido, como lo sostuvo Freud. Esta teoría no fundamentada —y, a mi juicio, falsa— de la conducta personal ha tenido gran aceptación en nuestros días. Recibió incluso la aprobación legal, por así decirlo, de las leyes norteamericanas de derecho penal, que codifican determinados tipos de actos como resultados potenciales de las «enfermedades mentales».

El factor principal del fracaso del historicismo reside en que en las ciencias sociales enfrentamos una amplia y compleja interacción entre observador y observado. Específicamente, la predicción de un acontecimiento social puede ser la causa de su ocurrencia, o impedirla. La llamada profecía autorrealizante —en la cual el que predice contribuye a que se produzca el hecho pronosticado— ejemplifica las muchas complejidades empíricas y lógicas que encierra la predicción en la esfera social. Todo esto no significa negar o restar importancia a los efectos y la significación de las experiencias pasadas —esto es, de los antecedentes históricos— sobre las acciones humanas subsiguientes. Es indudable que el pasado moldea la personalidad y el organismo humanos, de la misma manera que también puede moldear las máquinas [Wiener, 1960]. Sin embargo, es preciso conceptualizar y comprender este proceso, no en función de «causas» antecedentes y «efectos» consecuentes, sino más bien en función de las modificaciones de toda la organización y el funcionamiento del objeto sobre el cual se actúa.

En vista de las inadecuaciones empíricas y lógicas bastante obvias de las teorías historicistas, cabe preguntar: ¿Qué valor tiene adoptar una posición historicista? Además de refutar en forma detenida el historicismo, Popper [1944-1945] trató de explicar por qué mucha gente adhiere a este:

«Parece, en realidad, como si *los historicistas estuvieran tratando de resarcirse por la pérdida de un mundo inmutable*, aferrándose a la creencia de que *el cambio puede ser previsto* porque está regido por *una ley inalterable*» [pág. 161]. [Las bastardillas son mías].

Recordemos, con respecto a esto, que Freud [1927] recurrió a una sugerencia similar para explicar por qué los hombres creen en la religión. Atribuyó la fe religiosa a la incapacidad del hombre para tolerar la pérdida del mundo familiar de la infancia, simbolizado por el padre protector. Por consiguiente, crea un «padre en el cielo» y una réplica del juego protector de la infancia para reemplazar en el aquí-y-ahora al padre y a la familia perdidos. Desde este punto de vista, la diferencia entre religión e historicismo político reside solo en las identidades específicas de los «protectores». Ellos son Dios y los teólogos en el primer caso, y en el segundo, los modernos líderes totalitarios y sus apologistas.

Es muy importante subrayar, por lo tanto, que si bien Freud criticó a la religión organizada por su manifiesto infantilismo, no fue capaz de comprender las características sociales de la «sociedad cerrada» y los rasgos psicológicos de sus leales partidarios. De este modo surgió esa paradoja que es el psicoanálisis, el cual consta, por una parte, de una teoría historicista y, por la otra, de una terapia antihistoricista. Sean cuales fueren las razones —y se sugirieron muchas—, Freud [1940] adoptó y promovió un punto de vista biopsicológico del mundo, que incorporaba el principio de constancia y descansaba en este de manera directa. Podemos suponer que el historicismo tuvo, para Freud y para quienes lo acompañaron en el precario e incipiente movimiento psiquiátrico, la misma función que cumplió para otros: ofreció una oculta fuente de tranquilidad, que protegía contra la amenaza de un cambio imprevisto e imprevisible. Esta interpretación concuerda con el actual empleo del psicoanálisis y de la «psiquiatría dinámica» como medio de oscurecer y enmascarar los conflictos políticos y morales, considerándolos meros problemas personales [Szasz, 1960*c*].

En este sentido, Rieff [1959] sugirió que «la popularidad del psicoanálisis, en una época que padece del vértigo proveniente de la aceleración de los acontecimientos históricos, puede atribuirse en parte a que *Freud reivindicó la naturaleza constante de la historia*» [pág. 214]. [Las bastardillas son mías].

Coincido con Popper, sin embargo, en que no existe tal «naturaleza constante de la historia». Tanto el hombre como la sociedad cambian, y, a medida que lo hacen, cambia con ellos la «naturaleza humana».

A la luz de estas consideraciones, ¿qué podríamos decir de la relación entre las leyes físicas y psicosociales? Ambas difieren. Los antecedentes psicosociales no «causan» la conducta humana, entendida como utilización de signos, en el mismo sentido en que los antecedentes físicos «causan» sus efectos [Ryle, 1949], Por otra parte, las leyes físicas son relativistas con respecto a las circunstancias físicas, en particular al tamaño de la masa. Las leyes que gobiernan el comportamiento de los cuerpos grandes (física newtoniana) difieren de las que gobiernan el comportamiento de los cuerpos muy pequeños (física cuántica). Creo que, así como las leyes físicas son relativistas respecto de la masa, del mismo modo las leyes psicológicas lo son en relación con las condiciones sociales. En otras palabras, *las leyes de la psicología no pueden formularse sin tener en cuenta las leyes de la sociología*.

Psiquiatría y ética

Desde el punto de vista que adoptaremos en este libro, la *psiquiatría, como ciencia teórica, se ocupa del estudio de la conducta humana*, de esclarecer y «explicar» los tipos de juegos que las personas juegan entre sí, cómo los aprendieron, por qué les gusta jugarlos, etc[2]. La conducta propiamente dicha proporciona los datos primarios de los que se infieren las reglas del juego. Entre las muchas y distintas clases de conducta, la forma verbal —o la comunicación por medio del lenguaje convencional — constituye una de las áreas esenciales que interesan a la psiquiatría. Por consiguiente, es en la estructura de los juegos del lenguaje [Sellars, 1954] donde confluyen los intereses de la lingüística, la filosofía, la psiquiatría y la semiótica. Cada una de estas disciplinas estudió diferentes aspectos del juego del lenguaje: la lingüística, su estructura; la filosofía, su significación cognitiva, y la psiquiatría, su uso social.

Esperamos que este enfoque logre un *acercamiento* muy necesario, y largamente demorado, entre la psiquiatría, por una parte, y la filosofía y la ética, por la otra. «¿Cómo vive el hombre?» y «¿Cómo debería vivir el hombre?» son preguntas que siempre se plantearon en los dominios de la filosofía, la ética y la religión. La psicología —y la psiquiatría, como rama de esta— mantuvo una estrecha relación con la filosofía y la ética hasta las postrimerías del siglo XIX. Desde entonces, los psicólogos se han considerado científicos empíricos, y se supone que sus métodos y teorías no difieren de los del físico o el biólogo. Pero, en tanto los psicólogos se plantean las dos preguntas antes citadas, sus métodos y teorías son diferentes, en cierta medida, de los de las ciencias naturales. Si estas consideraciones son válidas, los psiquiatras no pueden esperar que se cumpla la posibilidad de resolver los problemas éticos mediante métodos correspondientes al campo de la medicina.

En suma, puesto que las teorías psiquiátricas intentan explicar la conducta humana, y los sistemas psicoterapéuticos tratan de modificarla, las proposiciones

referentes a los valores y metas («ética») se considerarán parte indispensable de las teorías que estudia la conducta personal y la psicoterapia.

La histeria como paradigma de enfermedad mental

Si la psiquiatría moderna se inicia a partir de los trabajos de Charcot sobre la histeria y la hipnosis, tiene casi cien años de antigüedad. ¿Cómo comenzó y se desarrolló el estudio de las llamadas «enfermedades mentales»? ¿Qué fuerzas económicas, morales, políticas y sociales contribuyeron a moldearlo en su forma actual? Y, lo que es quizá más importante, ¿qué efecto tuvo la medicina, en especial el concepto de enfermedad física, en el desarrollo del concepto de enfermedad mental? El plan de esta investigación consistirá en responder a dichas preguntas utilizando la histeria de conversión como paradigma del tipo de fenómenos al cual se refiere el término «enfermedad mental». Seleccionamos la histeria por las siguientes razones:

Desde el punto de vista histórico, es el problema que atrajo la atención de los pioneros de la neuropsiquiatría (v. gr., Charcot, Janet, Freud) y condujo a la gradual diferenciación entre neurología y psiquiatría.

Desde el punto de vista lógico, la histeria revela la necesidad de distinguir la enfermedad física de las imitaciones de dicha enfermedad. En consecuencia, planteó al médico la tarea de diferenciar lo «real» o auténtico de lo «irreal» o falso. La distinción entre hecho real y facsímil —interpretada a menudo como la distinción entre objeto y signo, o entre física y psicología— continúa siendo el problema fundamental de la epistemología psiquiátrica contemporánea.

En el plano psicosocial, la histeria de conversión ofrece un excelente ejemplo de cómo debería conceptualizarse la llamada enfermedad mental en términos de la utilización de signos, la observancia o acatamiento de reglas y la participación en un juego, porque: 1) es una forma de comunicación no verbal, que utiliza un conjunto especial de signos; 2) es un sistema de conducta reglada que utiliza, en especial, las reglas del desvalimiento, la enfermedad y la coacción; 3) es un juego que se caracteriza, entre otras cosas, por las metas finales de dominio y control interpersonal, y por las maniobras del engaño.

En principio, todo cuanto diremos acerca de la histeria atañe de igual manera a las demás enfermedades mentales, como se las llama, y a la conducta personal en general. La manifiesta diversidad de las enfermedades mentales —p. ej., las diferencias entre histeria, obsesiones, paranoia, etc.— parecería análoga a la evidente variedad que caracteriza a las distintas lenguas. Tras las diferencias fenomenológicas, podemos descubrir ciertas similitudes. Dentro de una familia particular de lenguas, como, por ejemplo, las indoeuropeas, existen significativas similitudes de estructura y función. Por ejemplo, el inglés y el francés tienen mucho en común, mientras que ambos difieren en forma considerable del húngaro. De modo similar, el lenguaje

gráfico del histérico y el lenguaje onírico se relacionan de manera estrecha, en tanto que ambos difieren significativamente de la sistematización paranoide. Tanto la histeria como los sueños utilizan mucho los signos icónicos, mientras que la paranoia usa los signos convencionales —es decir, el lenguaje cotidiano—. La repercusión característica de las relaciones paranoides no deriva de la peculiaridad de los signos utilizados, sino de la función a la cual se destinan —una función no cognitiva, promotora, de búsqueda objetal—. Al análisis de la conducta personal como comunicación agregaremos análisis similares en términos del acatamiento de reglas y la participación en un juego. De los tres modelos, el de juego es el más amplio, puesto que engloba a los otros dos (es decir, el de utilización de signos y el de acatamiento de reglas).

Fundamentos sociohistóricos y epistemológicos de la psiquiatría moderna

En la primera parte de este libro examinaremos cómo surgieron, evolucionaron y florecen ahora los modernos conceptos de histeria y enfermedad mental. Los contextos sociohistóricos en los que se practicaron la medicina, la neurología y más tarde la psiquiatría, así como el fundamento lógico de los conceptos médicos y psiquiátricos básicos, serán los principales objetos de interés y análisis crítico. De acuerdo con el vocabulario de la psicología guestáltica, esto significa que, por lo menos al principio, nos interesaremos más por el «fondo» que por la «figura». El fondo es el contexto histórico y sociopsicológico en el cual la histeria aparece como la figura —o el problema— que es preciso estudiar y comprender. Si, en un experimento de percepción visual, cambiamos el trasfondo, podemos lograr que un objeto aparezca, sea realzado o desaparezca; lo mismo ocurre con los problemas de la llamada «enfermedad mental». Cuando se considera que el trasfondo social de los fenómenos de conducta es una variable, podemos ver que los fenómenos de la enfermedad mental aparecen, se intensifican, disminuyen o desaparecen. Se sabe desde hace tiempo que la parálisis histérica puede desaparecer cuando el sujeto está amenazado por un grave peligro —un incendio, por ejemplo—. De modo similar, la desaparición de todo tipo de enfermedades neuróticas en las personas enviadas a campos de concentración ilustra cómo los cambios ocurridos en el «fondo» afectan la percepción —en este caso, podríamos decir, quizá la existencia misma— de la «figura».

Puesto que el psicoanálisis se identificó en forma gradual como la rama de la psicología que estudia en primer lugar las dimensiones *intrapersonales* de los problemas humanos, recayó en otras ramas de la ciencia del hombre —primero, en las llamadas escuelas psicoanalíticas disidentes, y luego, en lo que se conoce como psiquiatría social— la tarea de tomar en cuenta el trasfondo *sociohistórico* en el que

se enclavan los fenómenos que estudiamos. Creó que es falso identificar el psicoanálisis con la dimensión puramente, o incluso principalmente, intrapersonal. Desde sus comienzos, el psicoanálisis se interesó por la relación del hombre con sus semejantes y con el grupo en que vive. Por desgracia, este interés se vio oscurecido por una ostensible orientación médica.

El análisis del contexto sociohistórico en que surgió el moderno concepto de histeria exige examinar el problema de la imitación. Esto nos conducirá a la lógica de la relación entre lo «real» y lo «falso», prescindiendo de que encontremos esta distinción en medicina, psiquiatría, o en otra parte. Como la distinción entre lo «real» y lo «falso» requiere el juicio humano, los criterios que fundamentan dichos juicios en medicina y psiquiatría, y las personas que en el plano institucional están autorizadas para emitirlos, son de la mayor importancia y se examinarán en detalle. En el campo de la medicina, los criterios para distinguir lo auténtico del facsímil —esto es, la enfermedad real del fingimiento— se basaron, en primer término, en la presencia o ausencia de cambios demostrables en la *estructura* del cuerpo humano. Tales descubrimientos pueden obtenerse por medio del examen clínico, las pruebas de laboratorio o las necropsias.

El comienzo de la psiquiatría moderna coincidió con un nuevo criterio para distinguir la enfermedad verdadera de la falsa: el de la *alteración de la función*. La histeria de conversión fue el prototipo de la llamada *enfermedad funcional*. Así como se consideraba que la paresia, por ejemplo, era una enfermedad estructural del cerebro, del mismo modo la histeria y los trastornos mentales se juzgaban, por lo general, como enfermedades funcionales del mismo órgano. En consecuencia, se colocó a las llamadas enfermedades funcionales en la misma categoría correspondiente a las enfermedades estructurales, y se las distinguió de las falsas enfermedades mediante el criterio de *falsificación voluntaria*. Por lo tanto, la histeria, la neurastenia, la neurosis obsesivo-compulsiva, la depresión, la paranoia, etc., eran enfermedades que se manifestaban en la gente. Las personas que padecían una enfermedad mental no «determinaban a voluntad» su conducta patológica, y no se las consideraba «responsables» de ella. A partir de este momento, esas «enfermedades mentales» se contrapusieron al fingimiento, que era la imitación voluntaria de la enfermedad. En las últimas décadas, los psiquiatras sostuvieron que el fingimiento es también una forma de enfermedad mental. Esto plantea un dilema lógico: el de la existencia de una supuesta entidad llamada «enfermedad mental», la cual sigue siendo tal aun cuando se la simule en forma deliberada.

Junto con los criterios empíricos para juzgar si la enfermedad es verdadera o falsa, la sociología del juez oficialmente autorizado para expresar dichos juicios tiene una significación decisiva. En esta esfera se plantean algunos interrogantes: ¿Cuáles son los tipos de personas que tienen el poder social para expresar sus juicios y ponerlos en práctica? ¿De qué manera la pertenencia a una clase y la estructura política de la sociedad afectan los roles del juez y de la persona potencialmente

enferma?

Para responder a estas preguntas, presentaremos un análisis de las prácticas médicas y psiquiátricas predominantes en Europa occidental a fines del siglo XIX, en los Estados Unidos de hoy y en la Rusia Soviética.

Las raíces conceptuales y sociohistóricas del concepto de enfermedad mental están entrelazadas. Cada raíz debe identificarse con claridad. Esta tarea de esclarecimiento proseguirá en la segunda parte mediante 1) un nuevo examen de los «Estudios sobre la histeria», de Breuer y Freud; 2) la indagación de las actitudes de los psiquiatras contemporáneos hacia la histeria, y 3) el análisis crítico de las conexiones entre la histeria de conversión y los modernos conceptos de medicina psicosomática.

Fundamentos de una teoría de la conducta personal

El modelo de la conducta como utilización de signos

Aunque el concepto de psiquiatría que considera a esta un análisis de la comunicación no es nuevo, no se ha explicado en forma suficientemente clara todo lo que implica la idea de que las llamadas enfermedades mentales pudieran parecerse a los idiomas y no a las enfermedades orgánicas. Supongamos, por ejemplo, que el problema de la histeria se pareciera más al problema de una persona que habla una lengua extranjera que al del individuo que padece una enfermedad física. Estamos acostumbrados a pensar que las enfermedades tienen «causas», «tratamientos» y «curas». Empero, si una persona habla en un idioma que no es su lengua materna, por lo común no buscamos la «causa» de su peculiar conducta lingüística. Sería ridículo —y, por supuesto, infructuoso— preocuparnos por la «etiología» de hablar el francés. Para comprender dicha conducta, debemos pensar en función del *aprendizaje* [Hilgard, 1956] y el *significado* [Ogden y Richards, 1930; Ryle, 1957], Llegaríamos así a la conclusión de que hablar en francés es el resultado de vivir entre personas que hablan este idioma. No debemos confundir el contexto sociohistórico de la experiencia de aprendizaje con la historia del tema. El primero incumbe a la psicología genética, la psiquiatría y el psicoanálisis; la segunda, a la filología y la historia de las lenguas. Se deduce, entonces, que si la histeria se considera una forma especial de conducta comunicacional, carece de sentido investigar sus «causas». Como en el caso de las lenguas, solo podremos preguntar cómo *se aprendió* y qué *significa* la histeria. Esto es, exactamente, lo que Freud [1900] hizo con los sueños. Consideró que el sueño era un lenguaje y procedió a dilucidar su estructura y sus significados.

Sí un fenómeno llamado psicopatológico se parece más a un problema lingüístico

que a una enfermedad, se deduce que no podemos hablar en forma significativa de «tratamiento» y de «cura». Si bien es obvio que, en determinadas circunstancias, a una persona puede resultarle conveniente reemplazar un idioma por otro —dejar de hablar francés, por ejemplo, y empezar a hablar inglés—, este cambio no suele formularse en términos de «tratamiento». Hablar de aprendizaje en vez de etiología nos permite reconocer que cada una de las diversas formas de comunicación tiene su propia *raison d'être* y que, debido a las circunstancias específicas de los comunicantes, cada una es tan válida como las otras.

Según mi tesis, la histeria —interpretada como un modo de comunicación que se realiza por medio de quejas y signos corporales— constituye una forma especial de la conducta como utilización de signos. Llamaremos *protolenguaje* a este tipo de comunicación. Este lenguaje tiene un doble origen. Su primera fuente es la constitución física del hombre. El cuerpo humanó está sujeto a la enfermedad y la incapacidad, que se revelan mediante signos corporales (parálisis, convulsión, etc.) y sensaciones físicas (dolor, fatiga, etc.). Su segunda fuente reside en factores culturales, sobre todo en la costumbre, en apariencia universal, de hacer que la vida de quienes se hallan enfermos sea más fácil, por lo menos en forma, transitoria. Estos dos factores básicos explican el desarrollo y el uso del lenguaje histérico. *A mi juicio, la histeria no es otra cosa que el «lenguaje de la enfermedad», empleado, ya sea porque no se ha aprendido suficientemente bien otro lenguaje, o porque este lenguaje resulta de especial utilidad*. Pueden existir, por supuesto, varias combinaciones de ambos motivos para usar dicho lenguaje.

En suma, en la tercera parte nuestra tarea consistirá en un análisis semiótico, antes que psiquiátrico o psicoanalítico, de la histeria. Presentaremos primero un examen detallado de la estructura y función del protolenguaje. A esto seguirá una exposición de la relación del protolenguaje con la clase general de lenguajes no discursivos. El análisis semiótico de la histeria concluirá con algunas consideraciones referentes al problema de la comunicación indirecta, es decir, el estudio de la estructura y función de la insinuación, la alusión, la sugerencia, etcétera.

El modelo de la conducta como acatamiento de reglas

Los conceptos de acatamiento de reglas y de adopción de roles derivan de la premisa de que es posible estudiar en forma fructífera la conducta personal, considerando que la «mente» del hombre es producto de su medio social. En otras palabras, si bien en la conducta existen determinadas invariantes biológicas, la pauta específica de los actos humanos está determinada, en gran medida, por roles y reglas. En consecuencia, la antropología, la ética y la sociología son las ciencias básicas de la acción humana, puesto que tratan de los valores, metas y reglas del comportamiento del hombre [Kroeber, 1954; Kluckhohn, 1949; Sellars y Hospers, 1952].

Con la introducción del modelo de acatamiento de reglas como marco de referencia para la histeria y la enfermedad mental, surgen naturalmente dos interrogantes: 1) ¿qué tipos de reglas son, y cómo influyen en la conducta?; 2) de las diversas reglas existentes, ¿cuáles son las más pertinentes para comprender el desarrollo histórico del concepto de histeria?

Sostengo que hay dos tipos generales de reglas que tienen especial significación para la génesis de la conducta designada con los nombres de «hechicería», «histeria» y «enfermedad mental». Una de las reglas atañe al desvalimiento esencial de los niños y, por lo tanto, a la función de los progenitores —exigida, en cierta medida, por factores biológicos— de brindarles ayuda. Esto conduce, sobre todo cuando se trata de seres humanos, a complejas pautas de actividades apareadas que *se caracterizan por el desvalimiento de uno de los miembros y la posibilidad del otro de brindar ayuda*. Las doctrinas y prácticas de las religiones judeocristianas constituyen la segunda fuente de reglas. Estudiaremos en especial el Nuevo Testamento, con el fin de discernir las reglas de conducta específicas que establece. Resulta claro que durante siglos el hombre occidental se vio sumergido —o se sumergió por propia voluntad— en un mar de reglas sociales inútiles, en las que fue hundiéndose casi hasta ahogarse. Con esto quiero significar que la vida social —mediante el efecto combinado de las ubicuas experiencias infantiles de dependencia y de las enseñanzas religiosas— se estructura de tal modo que encierra infinitas exhortaciones para que el hombre se comporte de manera infantil, estúpida e irresponsable. Estas exhortaciones a la incapacidad y el desvalimiento, aunque tuvieron quizás una repercusión más poderosa durante la Edad Media, siguieron influyendo hasta hoy en la conducta humana.

Mediante referencias al Nuevo Testamento, intentaremos probar la tesis de que estamos rodeados por un invisible océano de reglas humanas que nos imponen la incompetencia, la pobreza y la enfermedad. En las experiencias vitales de cada individuo, dichas influencias no siempre provienen de fuentes religiosas oficialmente organizadas. Por el contrario, suelen derivar de la comunicación social con el padre, la madre, el esposo, la esposa, el empleador, el empleado, etc. Sin embargo, los roles de las profesiones médica y sacerdotal son de especial significación en este sentido, puesto que sus actividades de auxilio y consuelo se basan directamente en la premisa de que es necesario ayudar a pecadores, débiles, enfermos, en suma, a los incapacitados. Por ende, quienes exhiben una conducta eficaz y manifiestan confianza en sí mismos no necesitan ayuda. Se les puede imponer incluso cargas y obligaciones o someterlos a diversas coacciones. El acto de *recompensar la incapacidad* —aunque necesario en determinados casos— es una práctica social que encierra un peligro potencial.

El modelo de la conducta como participación en un juego

El marco de referencia comunicacional implica que los comunicantes se dedican a una actividad significativa para ellos. Al decir «significativa» me refiero a la actividad intencional, dirigida hacia metas, y a la búsqueda de estas a través de caminos predeterminados. Aunque los seres humanos no desarrollen dichas actividades, resulta útil, sin embargo, suponer que lo hacen, y que hemos sido incapaces de comprender las metas y las reglas de su juego. Esta posición con respecto a la conducta humana no es nueva. Se trata de una reformulación del clásico aserto shakespeariano de que hay «método en la locura». De modo similar, cuando en la vida cotidiana una persona actúa en forma incomprensible, el observador puede preguntar, en la jerga del *slang* norteamericano: «¿Cuál es su juego?», o «¿Cuál es su *racket*?». La actitud básica del psicoanálisis hacia la «conducta neurótica» refleja la misma premisa. El psicoanalista trata de poner al descubierto y comprender la conducta en función de motivaciones inconscientes, metas, roles, etc. De acuerdo con los términos sugeridos en este libro, el psicoanalista busca desentrañar el juego de la vida en que participa el paciente. La disposición a considerar que la conducta personal es una expresión de la participación en un juego constituirá la base teórica de la última parte de este estudio.

La exposición sistemática del modelo de la conducta humana como juego, basado en gran medida en los trabajos de Mead y Piaget, será una introducción adecuada para el tema, que complementaremos con la construcción de una jerarquía de juegos, en la que los de primer nivel u *objetales* se diferencian de los de nivel superior o *metajuegos*. Podemos considerar que la histeria es una mezcla heterogénea de metajuegos. Como tal, puede contraponerse, junto con la enfermedad mental en general, a los casos simples de enfermedades orgánicas y su tratamiento. Éstas conciernen a la supervivencia física y constituirían un juego objetal. Aquella se refiere al problema de cómo debe vivir el hombre y es un ejemplo de metajuego.

Los intentos de desarrollar en forma simultánea juegos objetales y metajuegos pueden provocar en el individuo conflictos inconciliables. La famosa declaración de Patrick Henry: «¡Dadme la libertad o la muerte!» ilustra el conflicto potencial entre la supervivencia física y el ideal ético de libertad. En este ejemplo, la meta final del metajuego —esto es, vivir como un hombre libre— priva sobre la meta final del juego objetal, que es sobrevivir a cualquier precio. A la inversa, adherirse al juego objetal en este dilema implica abandonar el metajuego. En cualquier nivel lógico, los juegos pueden jugarse en forma satisfactoria o insatisfactoria. Sin embargo, ya que la histeria está constituida por una mezcla de diversos juegos, y puesto que el individuo que trata de jugar este complejo juego no conoce las reglas que rigen el mismo, ni las metas que se ha fijado a sí mismo, es grande la probabilidad de que se produzca un grave conflicto al perseguir las metas y obedecer las reglas de los juegos constitutivos. Este tipo de análisis nos ayudará a comprender que, si bien los llamados problemas psiquiátricos tienen dimensiones intrapersonales, interpersonales y sociales significativas, también poseen, invariablemente, dimensiones éticas. Una

vez que el hombre se eleva por encima del nivel en que se juega el tipo más simple de juego objetal —el de la supervivencia—, es inevitable que deba enfrentar opciones éticas. El análisis y la indagación racional de los antecedentes históricos del «carácter» o los «síntomas neuróticos» no pueden resolver, por sí solos, un dilema ético. Es evidente que esto sólo puede lograrse cuando el ser humano realiza una opción y se hace responsable de ella. Esto no niega —por lo contrario, subraya aún más— el hecho de que la capacidad y el deseo de optar están influidos por las experiencias personales.

La descripción analítica de la conducta humana como participación en un juego une en una pauta coherente los elementos correspondientes a los modelos de utilización de signos y de acatamiento de reglas. Se considera que este enfoque de la psiquiatría es especialmente adecuado para integrar las consideraciones éticas, sociopolíticas y económicas con los intereses más tradicionales del psiquiatra. Parecerían vislumbrarse, pues, los albores de una ciencia y una tecnología de la existencia humana libres de los errores del organicismo y el historicismo.

Libro primero. El mito de la enfermedad mental

Primera parte. Desarrollo y estructura del mito



1. Contribución de Charcot al problema de la histeria

«El [Charcot] (…) reafirmó que la histeria era igual en todas partes y en todos los tiempos». Sigmund Freud [1893*a*, pág. 22].

«Citaré de nuevo el consejo que [Charcot] dio a sus discípulos: “Tened bien en cuenta, y esto no ha de exigiros demasiado esfuerzo, que la palabra histeria nada significa”». Georges Guillain [1959, pág. 164].

Para apreciar con justeza el problema de la histeria, es necesario examinar a fondo sus conexiones con el fingimiento. Esta tarea requiere que examinemos los antecedentes históricos de dicho problema. Empezaré por la obra de Charcot, cuyas contribuciones —puede decirse— marcan el comienzo de la psiquiatría moderna, y a partir de ella investigaré el desarrollo de este tema hasta el presente.

En primer lugar, Charcot era *neurólogo*. Esto significa que su rol social fue el de un médico especializado en enfermedades del sistema nervioso. Pero ¿qué significaba esto exactamente én su época? Hoy, cuando es indudable que toda la medicina se centra en la terapia, a la mayoría de nosotros nos resulta difícil imaginar la situación tal como creo que existía entonces. Debemos recordar que, en tiempos de Charcot, los neurólogos no disponían casi de agentes terapéuticos que les permitieran ofrecer una ayuda sustancial a los pacientes. En consecuencia, su función no era fundamentalmente terapéutica. Si el neurólogo era profesor universitario —como lo fue Charcot, quien durante muchos años estuvo al frente de la cátedra de anatomía patológica en la Sorbona—, sus principales actividades se desarrollaban en los campos científico y educacional. Su labor consistía en ampliar nuestros conocimientos acerca de las enfermedades del sistema nervioso, sin ofrecer necesariamente beneficios terapéuticos inmediatos a los pacientes. Enseñaba, asimismo, a médicos y estudiantes. Por último, como médico a cargo de los internados en la Salpêtrière, participaba en la atención de los enfermos. Si bien esta tarea tenía toda la apariencia de un rol terapéutico, no era así realmente, en el sentido que asignamos en la actualidad a este término. A la mayoría de los pacientes, en especial aquellos que padecían enfermedades orgánicas neurológicas, se los hospitalizaba para separarlos de los miembros más normales y capacitados de la sociedad. En este sentido, la población internada en la Salpêtrière se parecía a la de algunos de nuestros actuales hospitales neuropsiquiátricos estatales. Los pacientes (no particulares) de Charcot —como los enfermos mentales hospitalizados por decisión ajena en nuestros días— estaban segregados, no tanto por su «enfermedad», sino porque perturbaban a los demás; por otra parte, eran demasiado pobres e insignificantes, desde el punto de vista de su status social, para que se los atendiera en establecimientos privados[1]. Por consiguiente, los pacientes provenían de una clase

social inferior a la de los médicos que trabajaban allí. ¿Cuál era la actitud de Charcot hacia sus pacientes? Freud [1893*a*] respondió a esta pregunta, así como a muchas otras, en el obituario de su gran maestro, en el que escribió:

«Al tener a su disposición una gran cantidad de enfermas nerviosas crónicas, pudo emplear a fondo su particular talento. No era un pensador, ni pertenecía al tipo de personas reflexivas, sino que poseía un temperamento dotado artísticamente, o, como él mismo decía, era un *“visuel”*. Con respecto a su método de trabajo, nos dijo lo que sigue: tenía la costumbre de considerar en forma detenida aquello que no podía comprender, profundizando día tras día su impresión acerca de ello hasta que lo comprendía de súbito. Ante su visión espiritual, se ordenaba entonces el caos aparente producido por la repetición constante de los mismos síntomas; los nuevos cuadros clínicos, caracterizados por la continua combinación de ciertos grupos de síndromes, tomaban forma; los casos completos y extremos, o sea los “tipos”, se diferenciaban luego con ayuda de una esquematización específica, y tomando estos como punto de partida, se podía seguir hasta el fin la larga serie de casos menos significativos, es decir, las *formes frustes*, mostrando uno u otro rasgo característico del tipo y desvaneciéndose en lo indefinido. A este trabajo mental, en el que no había quien lo igualase, Charcot llamaba “práctica de nosografía”, y estaba orgulloso de él» [págs. 10-11].

Y más adelante agregó:

«Los discípulos que recorrían con él las salas de la Salpêtrière —museo de hechos clínicos designados y definidos por él en su mayor parte— consideraban que se parecía mucho a Cuvier, cuya estatua se halla en el *Jardín des Plantes*, rodeado por los variados tipos de animales que él había estudiado y descrito; o pensaban en el mito de Adán, que debió gozar con máxima intensidad de aquel placer intelectual, tan ensalzado por Charcot, cuando Dios le ofreció la tarea de agrupar y designar a todos los seres del Paraíso» [pág. 11].

Desde nuestra ventajosa posición contemporánea, este punto de vista acerca de los pacientes es extraño y deshumanizado, pero en esa época —e incluso hoy, en algunas ramas de la medicina, sobre todo en los grandes hospitales de beneficencia— solía considerarse a los enfermos simple «material clínico». Esta expresión revela a las claras la naturaleza de la actitud del observador hacia el sujeto.

Sin embargo, no he citado las opiniones de Charcot tan solo para criticarlas. Es evidente que son importantes para realizar el análisis histórico de la relación entre fingimiento e histeria.

Resulta claro que si a Charcot le interesaba, en esencia, clasificar las enfermedades neurológicas, debía investigar y distinguir todo aquello que se pareciera a las enfermedades del sistema nervioso, incluidas las que, en realidad, eran

otra cosa. Así como el geólogo debe diferenciar el oro del cobre, y a ambos de otros metales que brillan, del mismo modo el neurólogo-nosógrafo debe distinguir entre esclerosis múltiple, tabes e histeria. ¿Cómo puede hacerlo?

En la época de Charcot, el instrumento de investigación más importante era, además del examen clínico, el estudio *post-mortem* del cerebro. Freud [1893*a*] nos ofreció la interesante posibilidad de vislumbrar cómo realizaba Charcot el trabajo taxonómico con su «zoológico humano». Esta analogía, aunque quizá sea ofensiva, la sugirió el propio Freud y se ajusta a la situación.

«En sus tiempos de estudiante, el azar determinó que entrara en contacto con una criada que padecía un singular temblor; su dificultad para manejar los utensilios domésticos le impedía encontrar trabajo. Charcot reconoció en su estado la "parálisis coreiforme", descripta ya por Duchenne, cuyo origen era desconocido. Contrató los servicios de la criada, a pesar de que los platos, tazas y copas que rompía representaban una pequeña fortuna; al morir aquella, comprobó, gracias a la autopsia, que la "parálisis coreiforme" era la expresión clínica de la esclerosis cerebroespinal múltiple» [págs. 12-13].

Freud comentaba que la paciente no era eficiente en su trabajo, y con ello quiso dar a entender que Charcot pudo haber conseguido los servicios de una criada más competente. Los grandes cambios sociales acaecidos en el siglo pasado son bien conocidos. En la actualidad, tanto el comentario de Freud como la actitud de Charcot nos parecerían bastante insensibles a la mayoría de nosotros. La misma relación, tan ventajosa para el amo, y con todo, supuestamente estructurada para beneficio de la doméstica, nos resulta repulsiva. Esta es, sin duda, una viñeta de la vida médica y neuropsiquiátrica de una era pasada. Empero, es la situación humana en que surgió la moderna concepción de la histeria.

La biografía definitiva de Charcot, escrita por Guillain [1959], ofrece mucha información adicional, que concuerda con la descripción bosquejada hasta ahora. Nos enteramos, por ejemplo, de que Charcot alternaba con los círculos sociales más encumbrados. Era amigo del primer ministro Gambetta y del gran duque Nicolás de Rusia. Se dice que allanó el camino para la alianza franco-rusa. Según la opinión general, aspiraba al rol de autócrata aristocrático. No se necesita contar con una gran dosis de imaginación para inferir qué tipo de *relación personal* estableció él con sus pacientes menesterosos y casi analfabetos.

La hermosa autobiografía de Axel Munthe, *La historia de San Michele* [1930], constituye un relato de primera mano, aunque quizás algo embellecido, del aspecto humano del trabajo de Charcot. La historia de Munthe acerca de una joven campesina que se refugió en los síntomas histéricos para escapar de las penurias de su vida familiar es de particular interés. Munthe creía que el «tratamiento» que la joven recibía en la Salpêtrière la estaba convirtiendo en una inválida para toda la vida y

que, en cierto sentido, Charcot la mantenía prisionera. Trató de «rescatar» a la muchacha, y la llevó a su departamento con la esperanza de convencerla para que regresara a su casa. Sin embargo, de la obra de Munthe se infiere que la joven prefería el rol social de paciente histérica en la Salpêtrière al de muchacha campesina en su aldea. Es indudable que la vida en el hospital era más excitante y gratificante que su existencia «normal», contingencia que Munthe subestimó seriamente. Esta historia revela también que el hospital de la Salpêtrière, dirigido por Charcot, era un tipo especial de institución social. Además de sus similitudes con los actuales hospitales neurosiquiátricos estatales, su función podría compararse con la de los ejércitos y organizaciones religiosas especiales (los monasterios, por ejemplo). En otras palabras, la Salpêtrière ofrecía a los enfermos algunas comodidades y gratificaciones de las que ellos carecían en su medio social corriente. Charcot y los demás médicos que trabajaban en el hospital actuaban como gobernantes frente a sus súbditos. Podríamos suponer que su relación mutua no se basaba en la intimidad y confianza, sino en el temor reverencial, el miedo y el engaño.

Charcot y la histeria

Todo esto prepara el terreno para nuestro primer enfoque de la relación entre histeria y simulación. A medida que aumentaban el prestigio de Charcot y sus conocimientos sobre neuropatología, su interés se orientó, en apariencia, hacia los trastornos que simulaban estados neurológicos orgánicos. En otras palabras, dirigió su atención hacia los pacientes cuyos cuadros clínicos indicaban enfermedades neurológicas o se parecían a estas. Dichos pacientes recibían el nombre de histéricos, o simuladores, y se los incluía de inmediato dentro de una u otra categoría, según el punto de vista del observador. A quienes merecían el rótulo de «histéricos» se los consideraba, en virtud de esta designación, objetos más respetables hasta cierto punto, merecedores de un estudio serio. Eran sujetos que, en vez de tratar de engañar al médico o de mostrar simplemente un mal comportamiento premeditado, padecían una enfermedad. Esta es la primera —y acaso la más importante, aunque de ningún modo la única— conexión entre los conceptos de histeria y fingimiento. El relato de Freud [1893*a*] acerca del trabajo de Charcot resulta, una vez más, muy esclarecedor:

«[Charcot] declaró que la teoría de las *enfermedades nerviosas orgánicas* estaba completa, y comenzó a prestar una atención casi exclusiva a la *histeria*, la cual atrajo súbitamente el interés general. Esta enfermedad, la más enigmática de todas las de naturaleza nerviosa, y para cuyo estudio los médicos no habían hallado aún punto de vista alguno válido, se encontraba precisamente bajo los efectos de un descrédito que afectaba no solo a los pacientes sino también a todos los médicos que la trataban. Era opinión general que en la histeria todo resultaba posible, y se negaba crédito a las

afirmaciones de las histéricas. *El trabajo de Charcot devolvió, en primer lugar, dignidad a este tema*; en forma gradual puso fin a las irónicas sonrisas con que se acogían los relatos de las pacientes. *Puesto que Charcot, con todo el peso de su autoridad, se había pronunciado en favor de la realidad y objetividad de los fenómenos histéricos, no se podía seguir considerando que se trataba de un fingimiento*» [págs. 18-19]. [Las bastardillas son mías].

Este pasaje revela de qué manera se prejuzgaba el estudio de la histeria debido a la importancia social de su investigador, Charcot. Es posible, por lo tanto, que se hayan confundido o enmascarado ciertos problemas cruciales que ahora debemos volver a examinar. Incluso la simple afirmación de que Charcot centró su atención en el estudio de la histeria descansa en el supuesto tácito de que *esta* era la enfermedad del paciente. Se había decidido, esencialmente por medio del *fiat*, que estas personas tenían «enfermedades nerviosas funcionales», en contraste con las enfermedades neurológicas orgánicas. Se designaba a la mayor parte de estas «enfermedades» con el nombre de «histeria». En este sentido, deberíamos recordar ahora el interesante comentario de Freud, quien afirmó que los llamados histéricos ya no recibían el diagnóstico de simuladores debido a la autoridad de Charcot. Resulta significativo que Freud no ofreciera ninguna prueba empírica o razón lógica para preferir la categoría de «histeria» a la de «fingimiento». En *vez* de dar pruebas o razones que justificaran esta elección, Freud apeló a consideraciones éticas, aunque sin decirlo de manera explícita:

«Charcot había repetido en pequeña escala el acto liberador de Pinel, perpetuado en el cuadro que adornaba la sala de lectura de la Salpêtrière. Ahora que se había eliminado el ciego temor a ser burlados por los infelices pacientes —temor que había impedido hasta el momento un detenido estudio de dicha neurosis—, se planteaba la cuestión de determinar cuál sería el procedimiento más rápido que permitiría encontrar la solución del problema» [pág. 19].

Esta situación tiene significación histórica, debido a dos factores. Primero, señala el comienzo del moderno estudio de las llamadas enfermedades mentales. Este hecho es bien conocido y ampliamente aceptado. Segundo, contiene lo que considero el *principal error lógico y de procedimiento de la psiquiatría moderna*. ¿Dónde reside este error? Sugeriré dos respuestas más o menos precisas que esbozaremos ahora en forma sucinta, ya que, de manera general, todo el libro primero se ocupa de analizar este problema.

¿Es una enfermedad cualquier forma de sufrimiento?

Desde el punto de vista socio-ético, el primer error consiste en tratar de elevar al

sujeto que sufre de la categoría de fingidor a la de pa ciente. Freud comparó el trabajo de Charcot con el de Pinel. Creo, sin embargo, que la decisión de Pinel de liberar a los enfermos mentales del encierro y el calabozo no fue de ningún modo un logro psiquiátrico, en un sentido técnico-científico. Pinel sólo sostuvo que los pacientes que se hallaban a su cargo eran seres humanos y que, como tales, tenían derecho a las dignidades y privilegios humanos que, por lo menos en principio, motivaron la Revolución Francesa. Pinel no propugnó, que yo sepa, que el paciente debía ser mejor tratado porque estaba enfermo. En realidad, en esa época el rol social de la persona enferma no era envidiable. Por consiguiente, un llamamiento en favor de un trato mejor sobre esta base no habría sido particularmente eficaz.

No abogo, desde luego, por la condena moral y el maltrato social de los «histéricos». Mi tesis se limita a señalar que el tratamiento del ser humano no debe descansar en razones falaces y engañosas. En otras palabras, el trato decoroso que se dispense a nuestro prójimo no debe estar condicionado por su «enfermedad». Esta forma de decencia humana, ampliamente defendida en la Biblia y en las enseñanzas religiosas cristianas, define las reglas del juego de vivir en términos como estos: «Seré benévolo, servicial y bondadoso, siempre que ustedes estén enfermos, con lo cual quiero significar que ustedes son inferiores a mí y me necesitan». Y el corolario implícito de esta actitud sería: «Si ustedes están sanos [o no están enfermos] no les daré cuartel. Es probable que los trate en forma mezquina y destructiva». (Examinaremos este tema con mayor detenimiento en el capítulo 11, especialmente en las páginas 194-200).

Como señalé antes, la liberación del enfermo mental por parte de Pinel debe considerarse una reforma social antes que una innovación en el tratamiento médico. Esta distinción es importante. Durante la Segunda Guerra Mundial, por ejemplo, el hecho de eliminar la infección venérea de la lista de faltas disciplinarias del personal militar fue un acto de *reforma social*. El descubrimiento de la penicilina, si bien se refería al mismo problema general —o sea, el control de la enfermedad venérea—, fue un acto médico-científico.

¿Cuáles fueron los efectos médicos y sociales resultantes de la insistencia de Charcot en que los histéricos eran enfermos y no simuladores? Aunque este diagnóstico no mejoró la incapacidad del histérico, contribuyó a que le resultara más fácil estar «enfermo». En mi opinión, este tipo de asistencia puede ser peligroso. Torna más fácil, tanto para el que padece la enfermedad como para el que ofrece ayuda, estabilizar la situación y quedar satisfecho con un estado de cosas aún muy insatisfactorio. En este sentido, puede ser esclarecedor comparar la obra de Charcot con la de Guillotin, otro eminente médico francés.

La muy cuestionable contribución de Guillotin a la cultura humana consistió en reinventar y defender la guillotina. Esto dio por resultado un método de ejecución más o menos indoloro y, por lo tanto, menos cruel que los que estuvieron en boga hasta ese momento. En nuestros días, la cámara de gas y la silla eléctrica

reemplazaron en gran medida a la guillotina y la horca. No cabe duda de que el trabajo de Guillotin puede ser tanto humano como inhumano, según qué aspecto del problema se examine. Si se considera que trataba de lograr que el asesinato judicial fuese menos doloroso para el ajusticiado, era un sistema humano. Sin embargo, puesto que, además, facilitaba las cosas para el verdugo y sus ayudantes, también era inhumano. Opino que Charcot actuaba de manera similar. En pocas palabras, Guillotin facilitaba la muerte al condenado y Charcot hacía más fácil al paciente —a quien en aquella época solía llamarse simulador— el estar enfermo. Podría argumentarse que, en cuanto a la ayuda que se puede prestar a los desvalidos y desesperanzados, estos son verdaderos logros. No obstante, sostengo que las intervenciones de Guillotin y Charcot no fueron actos de liberación, sino procesos que tendían a narcotizar o tranquilizar. ¿Acaso no es verdad que ser ajusticiado por orden de alguna otra persona, aun cuando la ejecución se realice de manera relativamente indolora, no figura entre los bienes comunes a que aspira la humanidad? De modo similar, no consideramos que estar enfermo, en el sentido de sufrir una incapacidad o disfunción, sea un estado envidiable. Sin embargo, parecería que esto es lo que logró Charcot. Podríamos resumir la comparación de Charcot con Guillotin diciendo que ambos facilitaron a la gente (sobre todo a los individuos oprimidos por la sociedad) estar enferma y morir. ¡Ninguno de ellos parece haber contribuido a que a la gente le resultara más fácil estar sana y vivir![2] Utilizaron su prestigio y sus conocimientos médicos para ayudar a la sociedad a plasmarse de acuerdo con una imagen que le era placentera. El ajusticiamiento eficaz e indoloro casaba bien con el concepto que de sí misma tenía la sociedad de Guillotin. En forma análoga, la sociedad europea de fines del siglo XIX estaba madura para considerar casi cualquier incapacidad —y en especial la histeria, que se parecía tanto a un trastorno orgánico— como una «enfermedad». Charcot, Kraepelin, Breuer, Freud y muchos otros favorecieron con su autoridad la difusión de esta imagen socialmente autoengrandecedora acerca de lo que entonces era «histeria», y que en nuestros días se ha convertido en el problema general de la «enfermedad mental». Por supuesto, el peso de la autoridad de la opinión médica y psiquiátrica contemporánea continúa sustentando esta imagen.

Las consecuencias prácticas de los hechos descriptos son pertinentes para nuestra época. A mi juicio, así como los métodos de ejecución fáciles *no* condujeron, por sí mismos, a la abolición de la pena de muerte, sino que, por el contrario, quizá demoraron las reformas sociales en este terreno, del mismo modo el hecho de clasificar a los individuos incapacitados por problemas vitales con el rótulo de «enfermos mentales» retardó el reconocimiento de la naturaleza esencial de los fenómenos. Sostener que las personas perturbadas son «enfermas» suena, a primera vista, como una gran merced, porque confiere la dignidad de padecer una «verdadera enfermedad»; pero este punto de vista lleva consigo un peso oculto, que arrastra otra vez a los sujetos perturbados hacia el mismo tipo de incapacidad del que este cambio

semántico y social iba a rescatarlos.

El segundo error cometido al estipular que a ciertos fingidores se los debe llamar histéricos —en vez de analizar los problemas— determinó que se oscurecieran las similitudes y diferencias entre las enfermedades neurológicas orgánicas y los fenómenos que solo se parecen a ellas. Puesto que en el capítulo 2 examinaremos este problema, me limitaré a mencionar aquí sus características sobresalientes. Al analizar la histeria y el fingimiento se presentan dos alternativas básicas. Una consiste en subrayar las similitudes entre la histeria y la enfermedad neurológica. La otra, en acentuar las diferencias y exponer, por lo tanto, aquellos aspectos de la histeria que podrían considerarse fingimiento, en el sentido de pseudoenfermedad. En realidad, tanto las similitudes como las diferencias se ponen de manifiesto con facilidad [Freud, 1893*b*). Estas características solían figurar en los textos de neuropsiquiatría como puntos indicadores para el «diagnóstico diferencial» de la histeria y las enfermedades orgánicas. Las similitudes entre la histeria y la enfermedad del organismo considerado como máquina fisicoquímica residen principalmente en las quejas del paciente, en su aspecto clínico y en el hecho de que, en realidad, está incapacitado. Las diferencias entre ambas, en los descubrimientos empíricos basados en el examen físico, experimental y *post-mortem*. Resulta obvio que las similitudes y diferencias no se oponen mutuamente, ya que cada grupo se refiere a diferentes aspectos de un todo más grande. Ninguna necesidad lógica nos obliga a creer que cada hombre que se queja de estar enfermo, o parece estarlo, o se halla incapacitado —o que manifiesta estas tres características— debe padecer también un trastorno fisico-químico en su organismo. Esto no significa desconocer la posibilidad de que exista una conexión, pero la naturaleza de esta es empírica, no lógica. Una vez aclarado este punto, el problema de decidir si deseamos subrayar las similitudes y, en consecuencia, poner a la histeria en la categoría de enfermedad, o si preferimos destacar las diferencias y no incluir la histeria dentro de dicha categoría se convierte en un asunto de opción científica y social. Se trata, en parte, de una cuestión epistemológica, y también de un problema de utilidad científica.

Este problema, por muy escurridizo que haya sido, es, en última instancia, bastante simple, y no difiere de otros innumerables problemas que son familiares para los científicos. En biología, verbigracia, podemos ubicar a los hombres y los mamíferos inferiores en una clase, como mamíferos o animales, o separarlos en dos clases, como, por ejemplo, el hombre versus el mono. *La elección debe estar determinada por la tarea científica*. Así, en el estudio de la inmunología de la poliomielitis, hombres y monos pueden considerarse miembros de la misma clase. No sería acertado, sin embargo, usar el mismo sistema taxonómico para estudiar la organización social de ambos. Determinar, por lo tanto, si es útil o no colocar los problemas vitales en la categoría de enfermedades depende de los tipos de preguntas que deseamos formular. Al insistir en que algunas personas son enfermos mentales —en vez de sugerir tan solo *considerarlas* de esa manera—, nos limitamos en forma

inconsciente a un puñado de posibles preguntas. Si esta limitación es muy acentuada, podríamos quedar fuera de la esfera científica, por así decirlo, sin siquiera saberlo. Creo que esto sucedió con la psiquiatría del siglo XX. Los progresos se lograron a pesar del marco médico teórico dentro del cual se moldeó nuestra disciplina, y no debido a este. Al hacer esta afirmación, no aludo al antagonismo tradicional entre las orientaciones biológica y sociológica de la psiquiatría y el psicoanálisis. Esta es una dicotomía espuria, ya que separa dos tipos de hechos que determinan la conducta. Cuando hablo del marco médico de las teorías psiquiátricas me refiero a los modelos teóricos y a los principios organizadores destinados a facilitar nuestra comprensión de ciertos hechos. La teoría biológica, por ejemplo, no se limita a utilizar modelos biológicos. En realidad, el pensamiento biológico moderno utiliza muchos modelos físicos (v. gr., cibernéticos). De manera similar, la psiquiatría y el psicoanálisis emplearon otros modelos que no se basaban en la medicina. Es posible que la fuente del modelo nunca sea utilizada para evaluar su pertinencia. Esto debe hacerse siempre *ad hoc*, examinando las condiciones en que se lo utilizó y los propósitos perseguidos. Este tipo de consideraciones recibió hasta ahora escasa atención. En realidad, la cuestión de determinar si los trastornos de conducta —o problemas vitales, como prefiero denominarlos— deben considerarse y llamarse «enfermedades» siempre se examinó como si fuera un problema ético y de política de poder. Es indudable que el asunto tiene implicancias éticas, puesto que la respuesta a este problema puede influir en las estructuras de poder existentes o modificarlas. Problemas similares enfrentan quienes participan en muchas controversias científicas. Ejemplos típicos son las discusiones acerca del origen del hombre o el control de la energía nuclear. La investigación de estos problemas —al igual que la de las conexiones entre histeria, simulación y enfermedad— puede conducir a respuestas que impliquen importantes consecuencias éticas y sociales. Pero esto no significa que los problemas mismos traten *acerca de* la ética o del poder político. Por último, es igualmente importante el hecho de que, aun cuando se investigue un problema de carácter ético, es posible someterlo al análisis tanto empírico como lógico. Puesto que toda conducta personal implica valores —cuando se la analiza en función de sistemas de símbolos, comunicaciones y relaciones sociales—, como requisito previo para su análisis científico es menester expresar en forma clara y explícita todos los ocultos juicios de valor pertinentes [Szasz, 1960*b*].

La doble norma en psiquiatría

El objetivo de este análisis del problema de la histeria es poner en claro los *valores* que influyeron en los miembros de la profesión psiquiátrica en las postrimerías del siglo XIX.

Por consiguiente, me explayé sobre la actitud de Charcot hacia los pacientes para

demostrar que: 1) nunca se consideró agente de estos, y 2) su motivación y su meta principales consistieron en identificar con precisión enfermedades específicas. Como corolario de esta situación —de la sociología de sus hábitos de trabajo, por así decirlo —, tendía a definir todos los fenómenos que estudiaba como trastornos neurológicos. Si esto no sirvió de mucho, justificó por lo menos la atención que prestó a estos fenómenos y sus declaraciones acerca de ellos. En este sentido, la relación mantenida por Charcot y su grupo con la histeria fue similar a la del físico contemporáneo con la guerra nuclear. La guerra y la defensa nacional atañen a la política, la sociología, la ética, etc. El hecho de que en la guerra se utilicen agentes físicos de destrucción no la convierte en problema de la física, así como el uso del cerebro o del cuerpo humano no convierte a todos los tipos de actividades humanas en problemas médicos o psiquiátricos.

El caso es que el prestigio del científico —sea un Charcot o un Einstein— puede utilizarse para conferir poder social a su poseedor. Podrá, entonces, alcanzar metas sociales que de otro modo serían inaccesibles. Una vez que el científico se compromete de esta manera, tiene un poderoso incentivo para sostener que sus opiniones y recomendaciones descansan sobre las mismas bases que su reputación. En el caso de Charcot, esto significaba que debía basar sus argumentos acerca de la histeria en la premisa de que era una enfermedad neurológica orgánica. De lo contrario, si la histeria y la hipnosis fuesen problemas relativos a la psicología y a las relaciones humanas, ¿por qué alguien iba a conferir autoridad a las opiniones de Charcot? El carecía de aptitudes especiales en estos ámbitos. En consecuencia, si hubiera reconocido abiertamente que se ocupaba de tales cuestiones, podría haber tropezado con una seria oposición. Consideraciones similares predominan en nuestros días y explican el hecho de que cada médico esté oficialmente habilitado para practicar psicoterapia, aun cuando sólo tenga que confiar —según las oportunas palabras de Zilboorg [1941]— en «su benevolente, o no tan benevolente ignorancia» [pág. 370].

Creo que estos desarrollos históricos constituyeron las raíces de una doble norma que aún persiste en psiquiatría. Me refiero a la orientación dual de médicos y psiquiatras hacia ciertos incidentes con que se encuentran en el ejercicio de su profesión. El comentario «confidencial» e informal de Charcot acerca de la histeria ilustra este fenómeno:

«Años después, en una reunión nocturna realizada por Charcot, me encontraba yo cerca del venerado maestro, quien parecía relatar a Brouardel alguna historia interesante relacionada con su labor de ese día. Al principio no presté atención, pero poco a poco fui centrándola en el relato. Se trataba de un joven matrimonio de lejana procedencia oriental: la mujer padecía una manifiesta invalidez; el marido era impotente o muy torpe “*Tachez done* —oí repetir a Charcot— *je vous assure, vous y arriverez*” [“Ocúpese, pues; usted llegará a eso, se lo aseguro”]. Brouardel, que

hablaba en voz más baja, debió expresar entonces su asombro por el hecho de que los síntomas que presentaba la mujer surgieran en tales circunstancias; Charcot replicó vivamente: *“Mais, dans des cas pareils, c’est toujours la chose genitale, toujours… toujours”* [“Pero, en casos como este, se trata siempre de un problema genital, siempre… siempre”]; y al decir esto se cruzaba de brazos, balanceando algunas veces el cuerpo con su peculiar vivacidad. Recuerdo que, durante un momento, quedé casi paralizado por el más profundo asombro y me dije: “Pero, si lo sabe, ¿por qué nunca lo dice?”. Sin embargo, olvidé pronto esta impresión; la anatomía cerebral y la inducción experimental de parálisis histérica absorbieron todo mi interés» [Freud, 1893*a*, pág. 295].

Tomando como dato este material, podríamos preguntar: ¿Por qué era Charcot tan insistente? ¿Con quién discutía? ¡Y tendríamos que responder que lo hacía consigo mismo! Esto se deduciría si suponemos —como creo que deberíamos hacerlo— que Charcot sabía, en cierta medida, que se engañaba a sí mismo tratando de creer que la histeria era una enfermedad del sistema nervioso. Aquí yace la doble norma. El punto de vista orgánico está dictado por la conveniencia social, en cuanto las reglas del juego de la medicina se definen de modo que se: recompense la adhesión a dicho enfoque[3]. La identificación o empatía del médico con el paciente exige adherirse al punto de vista psicológico. Esta dicotomía se refleja en los dos métodos científicos contemporáneos básicos, o sea, el fisicoquímico y el psicosocial. En tiempos de Charcot y de Freud, se consideraba que solo el primer campo pertenecía a la ciencia. El interés por el segundo era sinónimo de charlatanería. Aunque en el próximo capítulo examinaremos en detalle el problema del fingimiento, es necesario decir aquí algunas palabras acerca de las opiniones de Charcot con respecto a la relación entre histeria y fingimiento. En una conferencia expresó:

«Esto me induce a decir unas pocas palabras acerca del fingimiento, Lo encontramos en cada fase de la histeria y, a veces, es sorprendente la astucia, sagacidad e inconmovible tenacidad que con el fin de engañar despliegan, en especial, las mujeres que se hallan bajo la influencia de una grave neurosis (…) sobre todo cuando la víctima del engaño es un médico» [Guillain, 1959, págs. 138-39].

Ya en vida de Charcot, y cuando este se hallaba en la cúspide de su fama, algunos —en particular Bernheim— afirmaron que los fenómenos de histeria se debían a la sugestión. Se insinuó, además, que las demostraciones de histeria presentadas por Charcot eran falsas, es decir, que se parecían a los actuales programas de preguntas y respuestas de la televisión, arreglados de antemano. Esta acusación parece plenamente fundamentada. Es evidente que el fraude de Charcot, o su disposición para dejarse embaucar —resulta imposible determinar ahora de cuál de estos dos casos se trataba—, es un asunto delicado. Pierre Marie lo denominó «el leve desliz de Charcot». Guillain [1959], más interesado en las contribuciones neurológicas de su

héroe que en las psiquiátricas, restó importancia a Ja participación y responsabilidad de Charcot en falsificar los experimentos y demostraciones sobre hipnotismo e histeria, pero se vio obligado a admitir por lo menos esto.

«Es evidente que Charcot cometió el error de no verificar sus experimentos. Todas las mañanas recorría su servicio hospitalario con ejemplar regularidad y sentido del deber, pero, al igual que todos los médicos de su generación, no regresaba al servicio por la tarde. En consecuencia, los jefes de clínica, médicos internos y otros asistentes preparaban a los pacientes, los hipnotizaban y organizaban las experiencias. *Charcot nunca hipnotizó personalmente a paciente alguno ni controló los experimentos*; por ende, ignoraba sus insuficiencias o las rabones de sus eventuales errores» [pág. 174]. [Las bastardillas son mías].

Hablar de «insuficiencias» y de «errores» implica recurrir a eufemismos. Lo que Guillain describió, y otros insinuaron antes, fue que los ayudantes de Charcot aleccionaban a los pacientes sobre la manera de actuar el rol de la persona hipnotizada o histérica [White, 1941; Sarbin, 1950]. El propio Guillain sometió a prueba esta hipótesis, obteniendo los siguientes resultados:

«En 1899, casi seis años después de la muerte de Charcot, mientras trabajaba como médico interno en la Salpêtrière, vi a los antiguos pacientes de Charcot que todavía estaban hospitalizados. Muchas mujeres, que eran excelentes comediantas, imitaban a la perfección las crisis histéricas de otros tiempos cuando se les ofrecía una pequeña remuneración pecuniaria» [pág. 174].

Desconcertado por estos hechos, Guillain se preguntó cómo era posible que se hubiera cometido y perpetuado esta impostura. ¿Por qué Charcot fue incapaz de descubrir que las manifestaciones histéricas que él observaba y demostraba no eran hechos del mismo tipo que una lesión gomatosa en la sífilis terciaria, por ejemplo, o un aumento de temperatura en la neumonía lobular? ¿Por qué no comprendió que eran producidas en forma artificial y que, en consecuencia, tenían similitud con las actuaciones teatrales? Todos los médicos —se apresuró a asegurarnos Guillain— «poseían un alto grado de integridad moral» [pág. 175], y sugirió esta explicación:

«Me parece imposible que algunos de ellos no hayan cuestionado la falta de verosimilitud de determinadas contingencias. ¿Por qué no pusieron en guardia a Charcot? La única explicación que se me ocurre, con todas las reservas que implica, es que no se atrevieron a alertar a Charcot por temor a las violentas reacciones del maestro, a quien solía llamarse el “César de la Salpêtrière”» [págs. 175-76].

La controversia acerca de la «realidad» o autenticidad de las manifestaciones histéricas perduró muchos años después de la muerte de Charcot. Este problema, que

aún no ha sido del todo aclarado en la teoría psiquiátrica, se examinará en el capítulo siguiente.

Debemos inferir que la orientación de Charcot hacia el problema de la histeria no era ni orgánica ni psicológica. Se dice a menudo que enfocaba la histeria del mismo modo que los síndromes neurológicos, a cuya comprensión contribuyó en tal alto grado. De acuerdo con este criterio —correcto, por cierto—, Charcot adhirió al pensamiento médico convencional de su época. Pienso que es esta actitud, más que cualquier otra cosa —y, por supuesto, su perpetuación en las subsiguientes generaciones de psiquiatras— la que condujo a una conceptualización mal definida de la enfermedad psiquiátrica. Si bien el propio Zilboorg [1941] abogó por una concepción de la enfermedad mental vagamente definida (o, más a menudo, totalmente indefinida), identificó en forma adecuada este problema cuando escribió:

«Una de las características más conspicuas de la historia psiquiátrica es que se diferencia por completo de la historia médica. La psiquiatría está aún a la zaga de la medicina en cuanto a la certidumbre de su tarea, su esfera de actividad y el método a aplicar. La medicina general, en el sentido restringido del término, nunca tuvo que preguntarse qué es la enfermedad. Siempre supo lo que significaba estar enfermo, ya que tanto el paciente como el médico sabían qué eran el dolor y otras formas de sufrimiento físico. La psiquiatría jamás tuvo un criterio tan claro acerca de la enfermedad» [págs. 519-20].

Aunque Charcot no desechó una conceptualización puramente médica de la histeria, en realidad no aceptó del todo este criterio. Reconoció y manifestó con claridad que los problemas de relación pueden expresarse mediante síntomas histéricos. La cuestión es que sostuvo el punto de vista médico en público, para propósitos oficiales, por así decirlo, y sólo defendió el enfoque psicológico en privado, donde dichas opiniones no entrañaban peligro alguno.

La doble norma de Charcot con respecto a la histeria puede aclararse aún más mediante la analogía de la relación de los ciudadanos norteamericanos con el alcohol, en la época de la prohibición de las bebidas alcohólicas en Estados Unidos. Desde el punto de vista oficial y legal estaba prohibido beber alcohol. Se suponía que la mayor parte de los ciudadanos acatarían la ley y se abstendrían de beber. Si examinamos la misma situación desde una perspectiva sociopsicológica, descubriremos que, en realidad, el hecho de beber se consideraba una actividad masculina heroica, interesante y arriesgada antes que un «pecado» o «delito». Cuando funciona una doble norma, ambos conjuntos de reglas o creencias se aceptan como «justos», en el sentido de que se incorporan a la conducta de la persona que sostiene esa pauta dual.

La concepción de la histeria como enfermedad: una estrategia promotora

Hemos subrayado ciertas interrelaciones en los conceptos de histeria, simulación y enfermedad, tal como prevalecían en la época de Charcot. Mi crítica a Charcot no se basa tanto en su adhesión al modelo médico convencional de enfermedad, cuanto en el uso encubierto de su prestigio científico para lograr determinados fines sociales. ¿Cuáles eran estos fines? Lograr que la profesión médica en general, y en especial la Academia Francesa de Ciencias, aceptaran los fenómenos hipnóticos e histéricos. Pero ¿a qué precio se ganó esta aceptación? Rara vez se plantea esta pregunta. Por regla general, solo se celebra la victoria con la cual doblegó la resistencia de la profesión médica. Zilboorg [1941] describió en estos términos el triunfo de Charcot sobre la Academia Francesa:

«Estas fueron las ideas que Charcot presentó a la Academia de Ciencias el 13 de febrero de 1882, en un ensayo sobre los diversos estados nerviosos determinados por la hipnosis en los histéricos. No debemos olvidar que la Academia había condenado tres veces todas las investigaciones referentes al magnetismo animal, y que era un verdadero *tour de force* lograr que aceptara una larga descripción de fenómenos exactamente iguales. Los académicos creían, al igual que el propio Charcot, que este trabajo estaba muy lejos de tener algún punto de contacto con el magnetismo animal, y constituía su condena definitiva y precisa. Por este motivo, la Academia no se rebeló y aceptó interesada un estudio que ponía fin a la interminable controversia acerca del magnetismo, respecto del cual era difícil que los miembros de aquella no sintieran cierto dejo de remordimiento. Y bien podrían haber tenido un cargo de conciencia, puesto que desde el punto de vista de los hechos reales observados Charcot sólo hizo lo que Georget solicitó que la Academia hiciera 56 años antes. *Sea que el fenómeno reciba el nombre de magnetismo animal, mesmerismo o hipnotismo, este resistió la prueba del tiempo*. No ocurrió lo mismo con la integridad científica de la Academia. Al igual que un gobierno renuente, irresoluto y carente de confianza en sí mismo, la Academia nada hizo mientras ello le permitió mantenerse a salvo; solo cedió cuando la presión de los hechos la obligó a actuar, y el cambio del ropaje formulatorio le posibilitó salvar las apariencias» [págs. 362-63]. [Las bastardillas son mías].

Cito estos hechos en forma detallada porque considero que este «cambio del ropaje formulatorio», que aseguró la admisión de la histeria en el seno de la Academia Francesa, constituye un paradigma histórico. Al igual que la influencia de la actitud parental temprana, pero significativa, en la vida del individuo, continuó ejerciendo un efecto nocivo en el desarrollo ulterior de la psiquiatría. Estos hechos históricos «patógenos» pueden contrarrestarse tomando alguno de los dos caminos

siguientes.

El primero es la formación reactiva, que implica una sobrecompensación opuesta a la influencia originaria. Por consiguiente, para corregir una distorsión orgánica es preciso acentuar al máximo la importancia de los factores psicógenos en la llamada enfermedad mental. La medicina psicosomática, la psiquiatría y el psicoanálisis modernos parecen haber realizado muchos esfuerzos para alcanzar este fin.

El segundo camino para remediar ese «trauma» es el método de la terapia psicoanalítica, que consiste, en esencia, en lograr que el sujeto tome conciencia de los hechos que influyeron en su vida pasada. De este modo, es posible modificar de manera radical sus persistentes efectos sobre el individuo, los cuales influyen, no solo en su pasado, sino también en su futuro. He confiado mucho en los análisis e interpretaciones reconstructivos-históricos, y estos se basaron en el mismo fundamento racional pragmático. El hecho de llegar a conocer los orígenes históricos y las bases filosóficas de las actuales ideas y prácticas psiquiátricas nos coloca en mejor posición para rectificarlas —si la rectificación fuese necesaria— que la que tendríamos sin un autoescrutinio de esa índole.

2. La lógica de las clasificaciones y el problema del fingimiento

«En las ciencias empíricas, la lógica matemática es útil no tanto en relación con la inferencia como con el análisis y comprensión de la identidad y la diferencia de la forma. La importancia de la identidad de la forma —cuando ella responde al tipo matemático tradicional— ha sido comprendida hace mucho tiempo. La teoría cinética de los gases se aplicó al universo estelar, que parece muy distinto de un gas para la mente no matemática. Pero allí donde la identidad de la forma no es del tipo que puede expresarse sin símbolos lógicos, los hombres de ciencia fueron menos rápidos en reconocerla, mientras que la incompetencia lógica llevó al público en general a cometer graves errores prácticos». Bertrand Russell [1955, pág. 39].

Aunque la lógica de la clasificación tiene gran significación práctica para el trabajo de los psiquiatras, recibió escasa atención en los escritos de estos. En fecha reciente, varios psicólogos [Piaget, 1953; Bruner, Goodnow y Austin, 1956; Brown, 1956, 1958] hicieron importantes aportes a este tema.

Categorización y clasificación

Empezaremos por la observación clínico-psiquiátrica clásica de que ciertos individuos —en particular los esquizofrénicos y los pacientes con lesiones cerebrales — clasifican o agrupan los hechos empleando métodos que difieren de los que utilizan las llamadas personas normales [Goldstein y Scheerer, 1941; Goldstein, 1948; Kasanin, 1944]. Más específicamente, Von Domarus [1944] interpretó que el «trastorno del pensamiento» del esquizofrénico se debía a que este seguía la lógica no aristotélica. El esquizofrénico puede igualar un ciervo con un indio al concentrarse en un rasgo característico que ambos comparten, a saber, la rapidez de movimientos. Sobre esta base, clasifica a ciervos e indios como si pertenecieran al mismo grupo. (Tampoco puede esclarecer la base de su clasificación, hecho que, sin embargo, tiene menos interés para nosotros). La lógica aristotélica, o lo que se ha dado en llamar vagamente lógica «normal» o «adulta», consiste en un razonamiento deductivo según el cual, partiendo de la premisa mayor de que «todos los hombres son mortales» y de la premisa menor de que «Sócrates es un hombre», inferimos que «Sócrates es mortal». Este proceso lógico presupone comprender que la clase llamada «hombre» está compuesta por individuos específicos que llevan nombres propios.

En la tercera parte de este libro veremos que el tipo más primitivo de operación lógica, mencionado en primer término, se relaciona en forma íntima con un tipo de simbolización simple, que descansa en la similitud entre el objeto y el signo usado

para representarlo. Esos signos se llaman *icónicos* porque representan al objeto, del mismo modo que una fotografía representa a la persona fotografiada. Los lenguajes compuestos por signos icónicos se prestan y adaptan a la clasificación hecha sobre la base de *similitudes manifiestas* (v. gr., estructurales). En cambio, los lenguajes más complejos desde el punto de vista lógico, como aquellos que utilizan signos convencionales (palabras), permiten clasificar diversos objetos y fenómenos de acuerdo con *similitudes más ocultas* (funcionales).

Los sistemas lingüísticos complejos —p. ej., los que se componen de palabras y símbolos matemáticos— permiten formar niveles de abstracción cada vez más altos. Es ilustrativa la formación de clases y de clases-de-clases, y así sucesivamente, de tal manera que cada clase más alta contiene todas las clases previas como miembros de sí misma. De este modo, John Doe es miembro de la clase (denominada «familia») *Doe*. Como todos los Doe son oriundos de Vermont, podemos decir, además, que son miembros de la clase *vermonteses*. La siguiente clase de orden superior sería *norteamericanos*, y la inmediata superior, *seres humanos*.

Todo esto tiene por objeto introducir un análisis lógico de la relación existente entre los conceptos de fingimiento, histeria y enfermedad. Es evidente que el problema de clasificar un fragmento de conducta que parece un trastorno neurológico, pero no lo es, en la categoría de «enfermedad» o en cualquier otra, tiene importantes repercusiones en Ja ciencia de la conducta humana. Hasta ahora, sin embargo, la clasificación se basó en criterios morales, más que lógicos.

Sobre los conceptos de lo «real» y lo «falso»

Los procesos de identificación y clasificación son fundamentales para satisfacer la necesidad de ordenar el mundo que nos rodea. Esta actividad de ordenamiento, aunque de especial importancia para la ciencia, es ubicua. Decimos, por ejemplo, que algunas sustancias son sólidas y otras líquidas, o llamamos «dinero» a ciertos objetos, «obras maestras de arte» o «piedras preciosas» a otros. Desde un punto de vista lógico, afirmamos que algunas cosas deben agruparse en la clase *A*, y otras, en la clase no-*A*. En algunos casos, resulta difícil decidir si un determinado ítem pertenece a la clase *A* o no-*A*, y esto deriva de dos fuentes básicas. Primero, en el caso de los ítems que aparecen de manera natural —p. ej., el cobre y el oro—, el observador puede no poseer los conocimientos, la habilidad o los instrumentos necesarios para distinguirlos. En consecuencia, puede cometer el error de clasificar al ítem no-*A* (cobre) en la clase *A* (oro).

La segunda fuente de dificultad en la tarea clasificatoria deriva de la participación inteligente del hombre, dirigida hacia una meta, en los acontecimientos que moldean su vida. En otras palabras, no solo pueden ser similares dos o más objetos o hechos que aparecen en forma natural y plantean, por lo tanto, un problema de

diferenciación, sino que también es posible que el hombre imite deliberadamente el ítem *X* haciendo que se parezca al ítem *Y*. El lenguaje cotidiano toma esto en cuenta. Muchas palabras designan un tipo particular de relación entre dos ítems *A* y *B*, de modo que *A* representa el objeto o hecho designado de manera específica, y *B* significa lo que podríamos denominar «*A* falsificada». Esta se caracteriza por parecerse más o menos a *A*, y esta *similitud de apariencia la crea deliberadamente un operador humano* con algún propósito. La contraparte del dinero se denomina «moneda falsa»; las joyas pueden ser «auténticas» o de «fantasía» (de «pastiche» o «imitación»), un hermoso cuadro o una escultura pueden ser una «obra maestra» o una «falsificación», y una persona puede decir la «verdad» o «mentir»; el individuo que se queja de ciertos síntomas físicos puede ser un «paciente enfermo» o un «fingidor sano». ¿Por qué consideramos la lógica de las clasificaciones? ¿Qué importancia reviste para la histeria y el problema de la enfermedad mental? Creo que si queremos tener un concepto claro y significativo de enfermedad, como una clase de fenómenos (p. ej., la clase *A*), debemos aceptar entonces que: 1) hay hechos que tienen la apariencia de enfermedad, pero pueden ser alguna otra cosa (clase *B*), y 2) hay hechos que pueden pertenecer con propiedad a la clase de la falsa enfermedad (clase *C*). Todo esto es, desde una perspectiva lógica, inherente al problema de clasificar determinadas formas de conducta como enfermedades. ¿Cuáles son las consecuencias prácticas de la relación lógica entre *A*, *no-A* y *A* falsa? De las diversas observaciones pertinentes posibles seleccionaré varias, con el fin de considerarlas en forma breve.

Enfermedad y falsa enfermedad. Rol del médico

El observador puede engañarse porque la imitación es muy buena, porque es más o menos inexperto en la tarea de diferenciar *A* de no-*A*, o porque quiere creer que no-*A* es *A*. Si traducimos esto al lenguaje de la enfermedad física versus la enfermedad mental, cabe afirmar que el médico quizá se engañe debido a que podría ser muy difícil diferenciar entre ciertos síntomas físicos histéricos, o hipocondríacos, y trastornos fisicoquímicos. Existe también la posibilidad de que el médico sea incapaz de reconocer las manifestaciones de problemas vitales y considere, en forma equivocada, que los síntomas físicos son una enfermedad física. Por último, el médico, empeñado en asumir el rol de experto ingeniero del cuerpo humano —considerado una máquina fisicoquímica—, puede creer que todos los sufrimientos humanos que enfrenta caen dentro de la categoría de enfermedad.

El observador puede distinguir la clase *A* de la clase *A* falsificada. Esto implica la posibilidad inversa, o sea, que piense que distinguió *A* de no-*A* cuando en realidad no lo hizo. El proceso de diferenciación se basa en observaciones empíricas y culmina con la formulación de un juicio. En otras palabras, es una *observación* seguida por un

arbitraje. El rol del observador es análogo al del árbitro deportivo, el juez o el experto en arte. Podemos llevar un cuadro a este para que determine si se trata de una obra maestra del Renacimiento o una falsificación. El perito puede identificar correctamente la pintura, ubicándola en una u otra categoría, o equivocarse en ambos sentidos. (También existe la posibilidad de que se crea incapaz de determinar a qué clase corresponde el cuadro). En términos médicos, esto equivale al conocido «diagnóstico diferencial» entre enfermedades orgánicas y mentales (o a la conciencia del médico de que no puede tomar una decisión). En este rol, el médico opera como un árbitro experto [Szasz, 1956*b*]. Si se limita a este rol, clasificará simplemente el ítem en cuestión como *A* o *no-A* (incluida la clase *A* falsificada); o sea, que el médico se limitará a decir al paciente que el cuerpo supuestamente afectado por una dolencia está enfermo o no lo está [Szasz, 1958*c*].

Consideremos otro paso en nuestro análisis de la relación entre las clases *A* y *A* falsificada: si el observador ha distinguido —o cree haberlo hecho— dos clases de ítems, de suerte que pueden identificar algunos como miembros de la clase *A* y otros como imitaciones de estos, es posible que reaccione de alguna manera ante su propio dictamen, el cual podrá ser instrumentado por acciones tomadas con respecto a los ítems o personas implicados. Si se identifica al dinero como falso, por ejemplo, la policía tratará de arrestar a los falsificadores. *¿Qué hará el médico cuando se halla ante una enfermedad corporal falsa?* La actitud del médico que se encuentra en esta situación ha variado a través de las épocas. Aun hoy varía mucho, según la personalidad y el medio social del médico y el paciente. Mencionaré sólo algunas reacciones a este desafío, significativas para nuestro estudio:

1. Los médicos pueden reaccionar como lo hace la policía ante un falsificador. Esta fue la respuesta habitual antes de la época de Charcot, Bernheim y Liébeault. Se consideraba que la histeria era un intento del paciente de engañar. Era como si este hubiera sido un falsificador que quería pasarle al médico sus billetes falsos. Por consiguiente, este reaccionaba con sentimientos de ira y deseos de venganza. Por la moneda real —esto es, la enfermedad real— los médicos recompensaban a la gente. Por la moneda falsa —es decir, la enfermedad falsa— la castigaban. Muchos médicos aún se comportan de acuerdo con estas reglas no escritas del Juego Médico Original.

2. El prestamista, que desea evitar los inconvenientes de prestar dinero a cambio de joyas de fantasía, actúa como si diera por sentado que todos sus clientes quieren defraudarlo. Considera que tiene la responsabilidad de protegerse contra este riesgo. En forma análoga, el médico que debe enfrentar a un paciente histérico podría decidir que no quiere atenderlo y, en consecuencia, lo invita a retirarse. En realidad, está diciendo: «Sólo me ocupo de enfermedades corporales [reales]». Este profesional puede tener conciencia o no de que, entre los problemas que debe tratar, hay algunos que parecen enfermedades, pero no lo son. La analogía del médico con el prestamista permite también elucidar otras posibles pautas dé acción (v. gr., la enfermedad

iatrogénica).

3. Por último —y esto es, quizá, lo más importante— es necesario considerar, a mi juicio, el paso dado por Charcot y puesto en práctica por Freud. Este paso complementa en forma lógica las reglas del Juego Médico Original. Mientras que en aquella situación el observador (el médico) creía haber sido deliberadamente defraudado por el observado (el paciente), ahora altera la situación *cambiando las reglas del juego*. Este proceso se puede parafrasear del siguiente modo: «Hasta ahora, según las antiguas reglas, considerábamos que la enfermedad era un trastorno fisicoquímico orgánico que se manifestaba, o estaba a punto de manifestarse, en forma de incapacidad. Cuando el paciente estaba incapacitado, se lo recompensaba de alguna manera [p. ej., no debía trabajar, podía descansar y esperar atenciones especiales, etc.]. Cuando imitaba la incapacidad, se lo consideraba un fingidor y debía ser castigado». Las nuevas reglas establecen que «las personas incapacitadas por fenómenos que solo parecen enfermedades orgánicas [la histeria] también deben clasificarse como enfermas. En adelante las consideraremos enfermas mentales y las trataremos de conformidad, es decir, mediante las reglas aplicables a las personas que padecen enfermedades corporales».

Afirmo que Freud no «descubrió» que la histeria era una enfermedad mental. Más precisamente, trató de que se declarara «enfermos» a los llamados histéricos. Los adjetivos «mental», «emocional» y «neurótico» son, simplemente, recursos para codificar —y, al mismo tiempo, oscurecer— las diferencias entre dos clases de incapacidades o «problemas» para enfrentar la vida. Una categoría consta de enfermedades corporales —p. ej., lepra, tuberculosis o cáncer—, las cuales, al impedir el funcionamiento perfecto del cuerpo humano considerado máquina, dificultan la adaptación social. En contraste con la primera categoría, la segunda se caracteriza por dificultades en la adaptación social, no atribuibles a la disfunción de la máquina, sino «causadas», más bien, por los propósitos a los que esta debe servir, y que están determinados por quienes la construyeron —los padres, la sociedad— o la usan, es decir, los individuos [Polanyi, 1958*b*; Szasz, 1960*b*].

Sostengo, por lo tanto, que una de las principales contribuciones de Freud a la medicina, la psiquiatría y el orden social reside en la creación de nuevas reglas de conducta humana. Empero, ellas no se formularon de modo lo bastante explícito. Parece que tanto Freud como sus seguidores y adversarios estuvieron por completo ajenos a esta reclasificación de los pacientes. Solo las consecuencias de este cambio fueron claramente visibles y debatidas con amplitud. El fenómeno del cambio de las reglas encubiertas relativas a los pacientes y su reclasificación es tan importante que lo examinaremos con mayor detenimiento.

Cambios en las reglas de comportamiento y reclasificación de la conducta

El rol del médico frente al paciente cuyo diagnóstico debe establecer suele ser similar al de un árbitro experto. El médico tiene la facultad de decidir si el paciente juega o no el juego médico —esto es, el verdadero drama vital de estar enfermo— de acuerdo con las reglas. Si participa en forma honesta en el juego se lo recompensa (es «atendido»); si se descubre que engaña, se lo castiga (es despedido, reprendido, sometido a medidas innecesarias o sádicas, etc.). Con Charcot se modificaron las reglas del juego limpio con el fin de permitir ciertas jugadas antes prohibidas, específicamente la de estar incapacitado por la histeria. Esto alteró el carácter mismo del juego llamado medicina, aun cuando mantuvo su nombre.

Con el fin de ilustrar las trascendentes implicaciones de este proceso de reclasificación, consideremos una vez más que el experto de arte es una persona consagrada a una tarea parecida, hasta cierto punto, a la del médico. Al experto se le puede pedir que determine, por ejemplo, si un hermoso cuadro francés de origen incierto fue pintado por Cézanne, según afirma el comerciante encargado de venderlo, o si es una falsificación, como teme el presunto comprador. Si el experto participa en el juego —y se supone que debe hacerlo—, puede dar sólo una de las dos respuestas posibles: o llega a la conclusión de que se trata de una auténtica «obra maestra» de Cézanne, o afirma que es una «falsificación».

Supongamos, empero, que durante el proceso de examinar el cuadro, estudiar su origen, etc., el experto de arte se impresiona cada vez más por la habilidad del artista, prescindiendo de quien sea, y por la belleza de su obra. ¿No podría decidir que, si bien el cuadro no es un auténtico Cézanne, se trata, sin embargo, de una «verdadera» obra maestra? En realidad, si la pintura es bella y atrayente, hasta podría afirmar que es una obra de arte más grande que un verdadero Cézanne. Es posible que se «descubra» entonces que el artista —llamémoslo Zeno, un pintor de origen griego, desconocido hasta ahora— es un «gran pintor impresionista». Pero ¿«descubrió» el experto, realmente, a Zeno y su obra maestra, o lo «convirtió» en un artista famoso, y a su cuadro en una pintura de gran valor mediante el peso de su opinión autorizada, apoyada, desde luego, por el de muchos otros peritos en arte?

Con esta analogía queremos demostrar que nadie descubre o realiza una obra maestra. Es indudable que los artistas pintan cuadros y que la gente queda incapacitada o actúa como tal, pero los *nombres*, y, por lo tanto, los *valores* que conferimos a los cuadros —y a las incapacidades—, dependen de las reglas del sistema taxonómico que utilizamos. Dichas reglas no las establece Dios, ni tampoco aparecen en forma «natural». Puesto que es el ser humano quien crea todos los sistemas de clasificación, es necesario saber quién hizo las reglas y con qué propósito. Si no tomamos esta precaución, corremos el riesgo de ignorar las reglas exactas o, peor aún, de confundir el producto de la clasificación con «hechos o cosas

que aparecen naturalmente». Considero que esto es exactamente lo que ocurrió en psiquiatría en los últimos sesenta o setenta años [Szasz, 1959*b*]. Durante este período, los hechos reclasificados como «enfermedades» fueron muchos. De este modo llegamos a considerar que las fobias, los actos delictivos, el divorcio, el homicidio, la adicción, etc., son —casi sin límite— enfermedades psiquiátricas, lo cual constituye un error enorme y muy costoso. Podría objetarse de inmediato que no se trata de un error. ¿Acaso no beneficia a los adictos, los homosexuales y los llamados delincuentes el hecho de que se los considere «enfermos»? Dicha reclasificación es beneficiosa, por supuesto, para determinadas personas, pero esto se debe en gran medida a que toda la sociedad, o la gente en general, tolera mal la incertidumbre e insiste en que el «mal comportamiento» debe clasificarse como «pecado» o «enfermedad». Es preciso rechazar esta dicotomía. En principio, la conducta que la sociedad considera agraviante o desviada se puede clasificar de muchas maneras distintas. El hecho de incluir a algunos individuos o grupos en la categoría de personas enfermas se puede justificar en términos de conveniencia social, pero es imposible hacerlo mediante observaciones científicas o argumentaciones lógicas.

Con el fin de lograr mayor precisión, deberíamos preguntar: ¿Para quién, o desde qué punto de vista, es un error clasificar a los individuos no enfermos como enfermos? Resulta claro que se trata de un error, desde la perspectiva de la integridad científica e intelectual. Es también un error si creemos que los fines positivos —p. ej., la rehabilitación de los histéricos, o delincuentes— no justifican el uso de medios moralmente dudosos (en este caso, recurrir a la falsedad y la tergiversación deliberada o casi deliberada).

La reclasificación que estamos considerando tuvo especial valor para los médicos y para la psiquiatría como profesión e institución social. El prestigio y el poder de los psiquiatras fueron en aumento a medida que se ampliaban sin cesar los dominios comprendidos dentro de la esfera de su disciplina específica. Mortimer Adler [1937] hizo notar en forma acertada que los psicoanalistas «tratan de englobarlo todo en el psicoanálisis» [pág. 122]. ¿Es esto «conveniente»? Resulta difícil comprender por qué debemos permitir, y mucho menos alentar, semejante expansión en una ciencia y una disciplina profesional. En el campo de las relaciones internacionales, muchas personas ya no atesoran ex ideal napoleónico de expansión nacional a expensas de la integridad de los pueblos vecinos. Por el contrario, casi siempre se considera que este tipo de expansión es un mal [Burckhardt, 1868-1871]. ¿Por qué la expansión de la psiquiatría no ha de ser vista como algo igualmente indeseable, aunque sea apoyado y fomentado por muchos sectores (pacientes, organizaciones médicas, abogados, etc.)?

El rol de árbitro experto encargado de decidir quién está enfermo y quién no lo está, adoptado por el médico psiquiatra, no se agotó en la tarea de volver a clasificar el fingimiento como histeria y de llamar enfermedad a esta. Ello sólo hizo que la labor del árbitro se volviera más complicada y, en muchos sentidos, cada vez más insensata, lo cual contribuyó a introducir el caos en la nosología psiquiátrica [Szasz,

1959*b*]. Examinemos en forma más detenida la lógica de reclasificar a determinados sujetos no enfermos en la categoría de enfermos.

La aplicación de criterios y métodos apropiados permite determinar que algunos ítems pertenecen a la clase *A* y todos los demás a la clase no-*A* Más tarde, podemos rever la base de nuestra clasificación y sacar algunos ítems del segundo grupo para ponerlos en el primero. Es importante subrayar que la utilidad de la clase *A* y el *nombre* que le damos dependen, en gran medida, del hecho de que en ella se incluyen solo unos cuantos ítems. De todos los colores que componen el espectro visible, solo unos pocos se denominan verdes. La ampliación de la gama de colores designados de esta manera —lo cual podríamos hacer sin duda— se lograría a expensas de otros colores. Es concebible, por ejemplo, que nos preocupemos por las similitudes entre la luz verde y las luces de otros colores si centramos nuestra atención en el hecho de que también podemos ver y leer cuando nos iluminan estas últimas. Sobre esta base propondríamos *llamar* verde a una gama de colores cada vez más amplia. Si lleváramos este tipo de razonamiento hasta límites absurdos, podríamos llamar verde a todos los colores, pero a costa de oscurecer las diferencias significativas entre el verde y el azul, el rojo, el violeta, etcétera.

Sin embargo, algo parecido ocurrió ya en la medicina y la psiquiatría contemporáneas. Partiendo de estados como la sífilis, la tuberculosas, la fiebre tifoidea, los carcinomas y las fracturas creamos la clase «enfermedad». En un comienzo, solo unos cuantos ítems integraban esta clase, y todos ellos compartían la característica común de ser un estado estructural o funcional perturbado del organismo humano considerado una máquina fisicoquímica [Szasz, 1958*d*], Con el trascurso del tiempo, se agregaron a esta clase ítems adicionales. Sin embargo, no se los agregó porque fuesen trastornos orgánicos descubiertos en último término. Él médico desvió su atención de este criterio, concentrándola, en cambio, en la incapacidad y el sufrimiento como nuevos criterios para seleccionar. De este modo, estados como la histeria, la hipocondría, la neurosis obsesivo-compulsiva y la depresión se sumaron, al principio con lentitud, a la categoría de enfermedad. Luego, con creciente ahínco, los médicos, y en especial los psiquiatras, empezaron a llamar «enfermedad» (esto es, por supuesto, «enfermedad mental») a todo aquello que permitiera detectar algún signo de disfunción, sobre la base de cualquier tipo de norma. En consecuencia, la agorafobia es una enfermedad porque el individuo no debe temer los espacios abiertos. La homosexualidad es una enfermedad porque la sociedad impone la heterosexualidad como norma. El divorcio también lo es, pues indica el fracaso del matrimonio. Se dice que el delito, el arte, el liderazgo político indeseado, la participación en los asuntos sociales o la falta de dicha participación son signos de enfermedad mental, junto con muchos más [Szasz, 1958*f*, 1960*b*].

Tres interpretaciones del fingimiento

Algunas trasformaciones históricas ocurridas en el concepto de fingimiento ilustran mi tesis. Dicho concepto refleja las ideas particulares sustentadas por el psiquiatra en su carácter de árbitro acerca de la noción de enfermedad[1].

El fingimiento como simulación de la enfermedad

Antes de la época de Charcot, se consideraba que una persona estaba enferma solo si su organismo sufría algún trastorno. Se llamaba fingimiento a la falsa enfermedad, y el paciente a quien se le adjudicaba este rótulo se convertía en legítimo objeto de la hostilidad del médico. Después de todo, sentir enojo hacia alguien que trata de engañarnos y embaucarnos es una reacción «natural». ¿Por qué debían los médicos reaccionar en forma distinta? Esta fue, quizá, la lógica mediante la cual se consideraba aceptable que los médicos actuaran en forma destructiva con ese tipo de pacientes. Esta opinión acerca del fingimiento es tan conocida que resulta innecesario ilustrarla o documentarla. Lo que quizá se aprecie en menor medida es que este criterio no ha desaparecido en nuestros días. Los párrafos que siguen son extractos de un reciente artículo publicado en el *Journal of the American Medical Association* [Chapman 1957], que trascribimos por considerarlo útil para los lectores:

«Quizá los médicos de Estados Unidos sean ajenos a la existencia del paciente que emplea su tiempo yendo de un lugar a otro y presentándose por sí solo en los hospitales, con historias fantásticas y quejas extraordinarias. No es raro que estos pacientes muestren muchas cicatrices en el abdomen y estén dispuestos a someterse a nuevas intervenciones quirúrgicas, haciendo caso omiso a los peligros que ellas entrañan. La divulgación de las historias individuales de semejantes pacientes parece ser el único medio de enfrentar el problema, que explota servicios médicos que podrían utilizarse para mejores fines» [pág. 927].

El artículo concluye con este párrafo:

«El caso de un marinero de un barco mercante, de 39 años, es un notable ejemplo de hemoptisis espuria y vagancia hospitalaria. En Gran Bretaña se dice que este tipo de pacientes tienen el síndrome de Münchausen, porque sus largos viajes y sus historias fantásticas recuerdan los periplos y aventuras del barón de Münchausen en el mundo de la ficción. Tales pacientes constituyen una amenaza económica y una molestia muy grande para el hospital que visitan, porque su impostura determina siempre la realización de numerosos procedimientos terapéuticos y diagnósticos. Parece que la publicación de sus historias en las revistas especializadas —lo cual alertaría a los médicos— es el único medio eficaz de hacerles frente. *La medida apropiada sería confinarlos en un hospital neuropsiquiátrico*. Estos pacientes muestran suficientes desviaciones sociales y *mentales para merecer el cuidado permanente bajo custodia*;

de lo contrario, seguirán explotando en forma indefinida los servicios médicos» [pág. 933]. [Las bastardillas son mías].

Estas citas requieren poco comentario. Las presentamos sobre todo para demostrar que un punto de vista que muchos consideran totalmente anticuado aún es compartido por amplios sectores de la profesión. Ilustran también el hecho de que a menudo los médicos participan sin autorreflexión en el juego médico, e ignoran las reglas mediante las cuales es preciso jugar ese juego. Por último, es interesante observar que el autor del artículo propugnó el «cuidado permanente bajo custodia» (*sic*) como castigo apropiado —aunque lo denominó «cuidado»— para aquellas personas que tratan de engañar a los médicos haciéndoles creer que están enfermos. Puesto que los médicos suelen tener el poder social necesario para poner en práctica ese castigo, esta posición no deja de tener serias consecuencias potenciales. En realidad, los procesos psicosociales subyacentes a la internación de los enfermos mentales en los hospitales estatales tienen mucho en común con esta actitud hacia el fingimiento.

El fingimiento como imitación consciente de la enfermedad

Con Freud y el psicoanálisis nació un nuevo sistema de clasificación. La enfermedad corporal pertenecía a la clase *A*. La histeria se juzgaba aún una forma de falsa enfermedad, pero de carácter muy especial, por cierto. Se afirmaba que el propio paciente no sabía que estaba simulando. En consecuencia, se pensaba que la histeria era un fingimiento inconsciente y pertenecía a la clase *B*. Se mantenía todavía el concepto de fingimiento, pero se aleccionaba, por así decirlo, al árbitro para que diagnosticase este estado sólo cuando la imitación era *consciente*. Esta nueva versión del fingimiento (clase *C*) difería de las nociones anteriores de falsa enfermedad (del organismo), en virtud de la nueva dicotomía «consciente-inconsciente».

El rol y la función del psiquiatra-árbitro han cambiado: antes, su tarea consistía en distinguir la enfermedad corporal de todo cuanto no encajara en esta clase; ahora incluye la diferenciación de la «histeria» o «fingimiento inconsciente» de su antónimo, el «fingimiento consciente». El grado de error o de arbitrariedad al que está sujeto este juicio es aún más grande, desde luego, que antes. Esta conceptualización y sus desarrollos posteriores se prestan al uso cada vez más caprichoso y personalista de los conceptos de histeria, neurosis y enfermedad mental. Las dificultades inherentes a estas designaciones y clasificaciones son obvias. El propio Freud [1928] hizo una afirmación muy peculiar: «Estas personas son masoquistas consumadas, sin ser neuróticas» [pág. 224]. Este aserto es, sin duda, un monumento al empleo excesivamente caprichoso y subjetivo de los términos «masoquista» y «neurótico».

Esta es la lógica de la posición freudiana clásica acerca de las relaciones mutuas entre la histeria y el fingimiento. Es necesario subrayar que Freud omitió todo estudio directo de la naturaleza de la relación existente entre ambas presuntas entidades. Esta omisión, hecha en los «Estudios sobre la histeria» [1893-1895] y en sus otros escritos, es en realidad notable. Podría significar, a mi juicio, que deseaba evitar el acto explícito de juzgar y condenar como ilegítimo cualquier tipo de padecimiento [Freud, 1893*b*]. No obstante, los conceptos de motivación consciente versus motivación inconsciente, y los de beneficio primario versus beneficio secundario, nos obligan a crear las clases «diagnósticas» de «enfermedad orgánica», «histeria» y «fingimiento». El llamado diagnóstico diferencial entre histeria y fingimiento se incorporó a la mayoría de los libros de texto psicoanalíticos [Glover, 1949; Menninger, 1938], Freud estableció la base para este diagnóstico al diferenciar la imitación consciente de la inconsciente. En su artículo «Generalidades sobre el ataque histérico» [1909], comparó los ataques histéricos con las *representaciones pantomímicas* [pág. 100], Según el uso corriente, la pantomima sería una actividad consciente, en esencia similar al lenguaje, con la diferencia de que la comunicación se establece por medio de expresiones gestuales y no por símbolos vocales convencionales.

El fingimiento como enfermedad mental

La tendencia a considerar que casi todas las formas de conducta humana son enfermedades —en especial si las estudia el psiquiatra o tienen un carácter desusado [Balint, 1951]— se refleja en el criterio psicoanalítico contemporáneo acerca del fingimiento. De acuerdo con dicho criterio, el fingimiento *es* una enfermedad —«más grave», en realidad, que la histeria—. Esta posición lógica es interesante: equivale nada menos que a negar en forma total la capacidad del hombre para imitar (en este caso, para imitar ciertas formas de incapacidad). Cuando se considera que la simulación de la enfermedad mental es, en sí misma, una forma de enfermedad mental, las reglas del juego médico (o psiquiátrico) se definen con el fin de excluir explícitamente la clase o categoría de «enfermedad falsa». Solo se reconocen dos clases: enfermedad-*A* y no-enfermedad no-*A*. *La enfermedad falsa o fingimiento es ahora una especie de enfermedad. La buena imitación de una obra maestra se redefine como obra maestra*. Puesto que la copia suscita tanto agrado como el original, esta posición no es enteramente insostenible. Empero, este criterio entraña una redefinición radical del término «falsificación». En el caso de las llamadas enfermedades psiquiátricas, esas redefiniciones se produjeron, en apariencia, sin que nadie se percatara de lo que había ocurrido.

Desde una perspectiva histórica, es probable que haya sido Bleuler [1924] el primero en sugerir que la simulación de la locura, independientemente del grado de

conciencia o de inconsciencia de las motivaciones del paciente, se considerara una manifestación de enfermedad mental. Bleuler escribió:

«Casi todos los que simulan la locura con cierta habilidad son psicópatas, y algunos, realmente insanos. Por consiguiente, el hecho de demostrar que existe simulación no prueba de ningún modo que el paciente goza de salud mental y es responsable de sus actos» [pág. 191].

El punto de vista de que el fingimiento es una forma de enfermedad mental se hizo popular durante la Segunda Guerra Mundial (sobre todo entre los psiquiatras norteamericanos). Se creía que solo una persona «loca» o «enferma» podía fingir. En el ensayo de Eissler [1951] sobre el fingimiento encontramos una vigorosa exposición de este punto de vista:

«Cabe sostener, con razón, que *el fingimiento es siempre signo de una enfermedad, a menudo más grave que un trastorno neurótico,* porque entraña la interrupción del desarrollo en una fase temprana. *Es una enfermedad* cuya *prognosis* requiere una *perspicacia diagnóstica* particularmente aguda. El *diagnóstico* sólo debe ser hecho por el *psiquiatra*. Es un gran error que el paciente que padece la enfermedad deba responder a una *acusación*, por lo menos si se ajusta al tipo de personalidad que he descrito aquí» [págs. 252-53]. [Las bastardillas son mías].

Esta proposición tiene ventajas obvias, porque afianza el espíritu potencialmente vacilante del médico civil que ha pasado a revistar en el servicio militar. Refuerza —a expensas del paciente, desde luego— el apoyo tácito del médico a los objetivos y valores del esfuerzo bélico. Esta afirmación se basa en el hecho de que al paciente, aunque se lo trate en forma más o menos cordial en su calidad de enfermo, se lo priva, al mismo tiempo, del derecho y la oportunidad de rebelarse —por medio de la imitación de una incapacidad física o mental— contra las exigencias que le imponen. Esta forma de protesta se desaprobó, y a quienes recurrían a ella se los degradó y privó de derechos mediante la adjudicación del rótulo de «enfermos mentales», la administración de «descargas NP» y técnicas similares de castigo encubierto. Nos aproximamos aquí a las implicaciones y consecuencias sociales de la participación del psiquiatra en los problemas sociales [Szasz, 1960*c*]. No es necesario ahondar de manera más profunda en este difícil campo. Recordemos, sin embargo, que siempre que la situación psiquiátrica incluye a otras personas, además del psiquiatra y su paciente, es preciso considerar en forma explícita los efectos de la acción del profesional en todos los implicados[2].

Observaciones finales sobre los objetos y sus representaciones

El hilo unificador de este capítulo es el concepto de similitud. Un signo icónico —una fotografía, por ejemplo— expresa una relación de similitud con el objeto que representa. Lo mismo pasa con el mapa de una región determinada, de la cual es un modelo bidimensional. Hay que tener en cuenta que el uso apropiado de una fotografía o un mapa implica que representan, simplemente, cosas reales. En nuestra vida cotidiana importa mucho, desde el punto de vista práctico, que los objetos se reconozcan claramente como representaciones o se acepten como reales, es decir, como objetos por derecho propio. Como ejemplo ilustrativo, podemos contrastar el dinero que se usa en una representación teatral con el dinero falso. Aunque el dinero de utilería podría parecer dinero legítimo, se lo identifica al mismo tiempo como algo ficticio. A veces, la claridad o ambigüedad de esta identificación podría ser objeto de controversia. Podríamos imaginar, por ejemplo, una situación en que el dinero que se usa en escena se tomara por error por dinero verdadero. Aquí, es menester subrayar este punto: *el contexto de un mensaje constituye parte integrante del paquete total de comunicación*. Por lo tanto, el hecho de que los billetes se consideren dinero de utilería o dinero falso depende, más que del aspecto de los objetos, de quién los pasa a quién, dónde y cómo los pasa. El medio escénico implica que las sumas de dinero (o las dagas, los cañones, etc.) utilizadas son elementos de utilería. El medio en que se realiza una transacción económica implica que las sumas de dinero son reales: si no lo son, deben considerarse, por definición, dinero falso. Apliquemos estas consideraciones al problema de la histeria. En este caso, examinamos la conducta perturbada, pero el paquete comunicacional debe incluir la situación en que se manifestó dicha conducta. Si lo hizo en el consultorio del médico, debemos preguntar: la conducta perturbada, ¿ha de considerarse un objeto por derecho propio, o una representación?[3] Si consideramos y tratamos los fenómenos manifiestos como objetos reales —esto es, como un físico trata, por ejemplo, los movimientos de un planeta—, su clasificación en la categoría de enfermedad o de fingimiento depende únicamente de nuestra definición acerca de lo que constituye una enfermedad. Si pensamos que los fenómenos son representaciones (modelos o signos) de otros hechos —del mismo modo que el físico considera un experimento de laboratorio sobre la gravitación en el que utiliza bolas que ruedan por una pendiente—, es posible recurrir a una interpretación totalmente distinta. Podemos hablar ahora de conducta imitadora de la enfermedad. Esta no puede denominarse enfermedad en ninguna circunstancia, a menos que estemos dispuestos a realizar la operación —insensata desde el punto de vista lógico— de colocar un ítem y su imitación conocida en la misma clase.

Si estamos de acuerdo en que tanto el fingimiento como la histeria indican una conducta imitadora de la enfermedad, falta aún aclarar algunas dudas referentes a la cualidad cognitiva —es decir, el grado de «conciencia»— y el propósito de la imitación. Si recurrimos de nuevo a la comparación anterior con el dinero de utilería, se sabe que los actores y espectadores tienen conocimiento de que lo que parece

dinero es, en realidad, una imitación, un objeto ficticio. En contraste, el término «falsificado» implica que solo los falsificadores saben que se trata de un facsímil, mientras que quienes lo reciben, y pueden entregárselo a otros, lo ignoran. Por el contrario, creen ser dueños del objeto real cuando solo poseen una imitación de este. Son víctimas de un engaño.

¿Presenta el caso de la histeria una situación comparable? ¿Cree el paciente que está enfermo (objeto real), o que ofrece una representación (facsímil) de la enfermedad? Algunos sostienen que el paciente representa de buena fe la enfermedad; otros afirman que es consciente de que no está enfermo. Estas dos respuestas divergentes reflejan la diferencia entre el diagnóstico de histeria y el de fingimiento. Hay pruebas que apoyan ambas posiciones. En consecuencia, no se puede dar una respuesta inequívoca al interrogante planteado. En realidad, la imposibilidad del paciente para definir su mensaje, sea como objeto real o como representación, constituye una característica decisiva de su conducta. (Examinaremos este problema con más detenimiento en la parte quinta, sobre todo en el capítulo 14).

Esto basta en cuanto al paciente en su rol de actor o emisor de mensajes. ¿Qué podemos decir de los espectadores, o sea, los receptores del mensaje? La reacción del espectador ante el drama de la histeria dependerá de su personalidad y de su relación con el actor (el paciente). Extraños y familiares, amigos y enemigos, médicos y psicoanalistas: cada uno reaccionará de manera distinta. Sólo comentaré en forma breve las reacciones de los dos últimos. El médico no tiende a tratar las formas de incapacidad como representaciones, sino como objetos propios. Esto significa que se inclina a considerar que todas ellas son enfermedades, o enfermedades potenciales. En cambio, en su trabajo con el paciente, el psicoanalista tenderá a tratar todos los fenómenos como si fueran representaciones. Pero, puesto que no ha codificado con claridad esta distinción lógica, persistirá en describir sus observaciones, y en teorizar acerca de ellas, como si fuesen objetos en vez de representaciones. Estas últimas no son menos reales, por supuesto, que los objetos mismos. Consideremos de nuevo las diferencias entre una fotografía de John Doe y John Doe en persona. Estos dos ítems ocupan diferentes niveles lógicos de conceptualización y racionalización.

Si tomamos en forma seria esta distinción, nos veremos obligados a aceptar que la psiquiatría trata de las comunicaciones, o de la conducta de utilización de signos, y no de las «enfermedades mentales». La psiquiatría y la neurología no son, por lo tanto, dos ciencias hermanas que pertenecen a la clase de orden superior que denominamos medicina. Por el contrario, la primera tiene una *metarrelación* con la neurología y otras ramas de la medicina. La neurología se ocupa de determinadas partes del organismo humano y de sus funciones *qua* objetos por derecho propio, *no* como signos de otros objetos. La psiquiatría, como la definimos aquí, se ocupa en forma expresa de los signos *qua* signos, y no simplemente de los signos como elementos que señalan objetos más reales e interesantes que los propios signos.

3. Sociología de la situación terapéutica

«Quien paga al flautista puede imponer la melodía». Proverbio inglés.

Los psiquiatras consideraron tradicionalmente que la enfermedad mental era un problema separado e independiente del contexto social en el que aparecía. Las manifestaciones sintomáticas de enfermedades orgánicas —p. ej., la difteria o la sífilis— son, de hecho, independientes de las condiciones sociopolíticas del país en que se presentan. La membrana diftérica tenía el mismo aspecto en un paciente de la Rusia zarista y uno de la Inglaterra victoriana.

Puesto que la enfermedad mental se consideraba, en esencia, igual a la enfermedad física, era lógico que no se prestara atención a las condiciones sociales en que se manifestaba la supuesta enfermedad. Esto no quiere decir que no se apreciaran los efectos de las condiciones sociales en la causación de la enfermedad. Por el contrario, este tipo de relación se reconoció desde la antigüedad. Empero, si bien se sabía que la pobreza y la desnutrición favorecían el desarrollo de la tuberculosis, y la promiscuidad sexual, la difusión de la sífilis, se sostenía que, una vez declaradas estas enfermedades, sus *manifestaciones* eran iguales, ya fuese el paciente rico o pobre, noble o esclavo. Aunque las características fenomenológicas de las enfermedades corporales no dependen de la estructura socioeconómica y política de la sociedad en que aparecen, esto no es exacto en el caso de las llamadas enfermedades mentales. Las manifestaciones de las incapacidades psicosociales varían de acuerdo con factores educacionales, socioeconómicos, religiosos y políticos[1].

Cuando personas pertenecientes a diferentes grupos religiosos o socioeconómicos contraen una enfermedad corporal —neumonía o carcinoma broncogénico, por ejemplo—, sus organismos manifiestan el mismo tipo de trastornos fisiológicos. En principio, pues, todos los pacientes, independientemente de su status, recibirían el mismo tratamiento para determinadas enfermedades. Esta es la posición científica correcta con respecto a las perturbaciones fisicoquímicas del cuerpo humano. Se ha intentado aplicar esta pauta terapéutica asocial y amoral a las llamadas enfermedades mentales, lo cual no me parece apropiado. Con el fin de comprender por qué no lo es, creo que es necesario examinar y esclarecer cómo varían las actitudes terapéuticas —o, más precisamente, las relaciones entre el médico y el paciente— conforme a los cambios operados en las condiciones históricas y sociopolíticas. En otras palabras, nos proponemos demostrar de qué manera los mismos tipos de síntomas y enfermedades se tratan de modo distinto en diferentes situaciones sociales. Para ello describiremos y analizaremos en forma sucinta las situaciones terapéuticas características de tres medios socio-culturales distintos: 1) la medicina de Europa occidental a fines del siglo XIX; 2) la práctica de esta disciplina en las democracias

occidentales contemporáneas, especialmente en Estados Unidos, y 3) el ejercicio de la medicina en la Unión Soviética.

Utilizaremos el término «situación terapéutica» para referirnos a la práctica de la medicina y la psicoterapia. Puesto que las interrelaciones de la estructura social, el valor y la situación terapéutica son numerosas y complejas [Sigerist, 1951, 1960], enfocaremos con particular atención dos aspectos claramente identificables del problema general, que pueden exponerse en forma interrogativa: 1) ¿a quién [es] representa el terapeuta (médico, psicoterapeuta, etc.)?; 2) ¿cuántas personas, o instituciones, participan de manera directa en la situación terapéutica?

Liberalismo, capitalismo e individualismo del siglo XIX

El liberalismo europeo del siglo XIX y los acontecimientos económicos con él vinculados tuvieron efectos significativos, pero quizá poco conocidos, en las pautas de la relación médico-paciente. Mucho antes de esta época, se consideraba que la asistencia médica era, en gran medida, otro bien económico. Constituía una mercancía que solo podían comprar los ricos. Los pobres, en cambio, la obtenían —cuando podían— en forma gratuita, como un acto de caridad. Este ordenamiento social, originado en la medicina grecorromana, se hallaba firmemente arraigado cuando empezaron los modernos progresos científicos en el campo de la medicina, durante la última mitad del siglo XIX. Hay que recordar, asimismo, que este período se caracterizó por el rápido florecimiento de los hechos y pensamientos liberales, ilustrado, por ejemplo, por la abolición de la servidumbre en Rusia y en el imperio austro-húngaro.

A medida que se incrementaba el proceso de urbanización e industrialización, el proletariado reemplazó a la clase campesina, desorganizada y mal definida desde el punto de vista sociopsicológico. De este modo, se desarrolló un capitalismo autoconsciente y con conciencia de clase, y junto con él, el reconocimiento de una nueva forma de incapacidad y sufrimiento masivos, o sea, la pobreza. Desde luego, el fenómeno de la pobreza, como tal, no era nuevo, pero sí lo era la existencia de una enorme masa de gente paupérrima, hacinada en los alrededores de las ciudades. Al mismo tiempo, y debido sin duda a la necesidad de hacer algo en bien de la pobreza que aquejaba a las masas, surgieron «terapeutas» para esta nueva «enfermedad» de la gente. Entre ellos, Karl Marx [1890] es, por supuesto, el más conocido. Sin embargo, Marx no fue un fenómeno aislado, sino que ejemplificó un nuevo rol y una nueva función sociales: el revolucionario como «terapeuta social» [Feuer, 1959]. Junto con estos desarrollos, se reforzó en forma sólida la ética del individualismo. Se subrayó el valor básico del individuo —en oposición a los intereses de las masas o de la nación—, en especial en las clases sociales superiores. Las distintas esferas profesionales, y en primer término la profesión médica, defendieron el valor ético del individualismo.

Este valor llega a oponerse poco a poco a su antónimo, el colectivismo. Si bien la ética del individualismo y la del colectivismo constituyen polos opuestos, alcanzaron sus formas actuales a través de un proceso de desarrollo simultáneo, y coexisten a menudo lado a lado. Esto es lo que ocurrió, en cierta medida, en la época de Charcot, Breuer y Freud, afirmación que es posible ilustrar mediante algunas observaciones acerca de las situaciones terapéuticas características de ese período.

Es importante tener presente que, en el París de Charcot (o en el Berlín, el Moscú o la Viena de sus colegas), el médico solía participar en dos tipos diametralmente opuestos de situaciones terapéuticas. En una de ellas, se enfrentaba con un paciente particular, que era una persona de recursos. Esto significa que actuaba, de manera general, como agente del paciente, ya que este lo contrataba para hacer un diagnóstico y, si era posible, curarlo. El médico, a su vez, exigía un pago por los servicios prestados. De este modo tenía un incentivo, además de otros estímulos, para ayudar al paciente. Por otra parte, como ciertas enfermedades corporales se juzgaban vergonzosas (incluidas no solo las enfermedades venéreas sino también la tuberculosis y algunas afecciones dermatológicas), la persona adinerada podía valerse de la protección social de la reserva. Así como un hombre rico podía adquirir una casa bastante grande para disponer como quisiera de varias habitaciones, del mismo modo estaba en condiciones de comprar los servicios de un médico que lo atendiera de manera exclusiva. En su forma extrema, esto equivalía a tener un médico personal, casi de la misma manera en que uno tenía un valet, una doncella o un cocinero. Esta costumbre aún no ha desaparecido. En algunas partes del mundo, la gente acaudalada o de elevado status social todavía tiene médicos personales, cuyo deber consiste en atenderlos solamente a ellos o, a veces, a sus familiares.

La situación médica privada y bipersonal ofrece un marco similar, aunque menos extremo, que garantiza y asegura al paciente el tiempo, el esfuerzo y la reserva que considera necesarios para que lo atiendan; además, permite que el médico atienda a otros pacientes dentro de los límites de su tiempo y energía disponibles. El desarrollo de la reserva como parte integrante de la situación terapéutica (privada o particular) parece tener estrecha vinculación con el sistema económico capitalista[2].

El juramento hipocrático exige que el médico respete y salvaguarde lo que el paciente le *confía*. El *médico* de la antigua Grecia ejercía su profesión en una sociedad capitalista, vendiendo su pericia a los ricos y ayudando a los pobres sin recibir pago alguno.

Todo esto implica que el acceso a una relación terapéutica privada es un hecho deseable y conveniente. ¿Por qué se desea este tipo de reserva? La respuesta depende de las conexiones entre la enfermedad (o la incapacidad) y la vergüenza, y entre esta y la reserva. Bastarán algunos breves comentarios para dilucidar este tema. El sentimiento de vergüenza se relaciona íntimamente con lo que otras personas piensan de nosotros. Los seres humanos temen la revelación y la humillación porque constituyen, al mismo tiempo, castigos por actos vergonzosos y estímulos que

acrecientan intensos sentimientos de vergüenza [Piers y Singer, 1953], En contraste con la revelación pública, la *reserva o* secreto protege al individuo al impedir que sea «castigado» en exceso por su conducta vergonzosa. Independientemente de que el hecho vergonzoso sea resultado de una incapacidad física, un conflicto psicológico o una debilidad moral, es más fácil admitirlo si lo comunicamos a una sola persona —como en el confesionario o la psicoterapia privada— que si tenemos que darlo a conocer a muchas personas. En consecuencia, la reserva es útil en las relaciones médicas o psicoterapéuticas, porque pone al paciente a cubierto de humillaciones y situaciones embarazosas, y facilita de ese modo la superación del problema. Además de proteger al paciente de situaciones molestas y embarazosas, la reserva y secreto en la situación terapéutica son convenientes y necesarias para defenderlo de peligros «reales», es decir, sociales antes que intrapersonales. El aislamiento y el ostracismo sociales, la pérdida de empleo, y el perjuicio para la familia y el status social, son algunos peligros que pueden amenazar al individuo si los demás llegan a conocer su afección o su diagnóstico. En este sentido, podemos considerar diversas posibilidades, como la sífilis en un maestro de escuela, la psoriasis en un cocinero o la esquizofrenia en un juez. Sin embargo, estos casos son meramente ilustrativos. Las posibilidades de recibir recompensas o sufrir sanciones a raíz de la revelación pública de diagnósticos establecidos son casi ilimitadas. El carácter específico de las gratificaciones y castigos variará, una vez más, de acuerdo con el desarrollo científico-intelectual y el clima moral de la sociedad [v. gr., Butler, 1872].

El segundo tipo de situación terapéutica es la asistencia médica pública. Sus diferencias con la medicina privada a menudo se pasaron por alto, debido a la excesiva atención prestada a la enfermedad del paciente y el supuesto deseo del médico de curarlo. En la asistencia pública tradicional, el médico no era fundamentalmente un agente del enfermo. A veces, no lo era en absoluto. Por lo tanto, no podía desarrollarse una relación verdaderamente privada —en el sentido de confidencial— entre él y el paciente. Desde el punto de vista tanto técnico como legal, el médico era responsable ante sus superiores y empleadores. En consecuencia, estaba obligado a orientarse, al menos hasta cierto punto, hacia su empleador antes que hacia su paciente (y su propia conciencia) para obtener gratificación pecuniaria. Esto no implica negar la posibilidad de que, aun así, el médico esté muy motivado para ayudar al paciente. En la actualidad, muchos estiman que la eliminación del vínculo económico con el paciente permite al médico concentrarse mejor en la tarea técnica que tiene entre manos (a condición de que reciba una adecuada remuneración). Si bien es probable que esto sea cierto en el caso de quienes practican cirugía torácica, no es forzoso que también lo sea en la esfera psicoanalítica. De todos modos, es evidente que en la asistencia médica pública el facultativo carece del aliciente financiero ofrecido por el paciente que recibe atención privada. El cuadro 1 resume las principales características de ambos tipos de situaciones terapéuticas.

Cuadro 1. *Sociología de la situación terapéutica. Asistencia privada y asistencia pública.*

Características de la situación	*Asistencia privada*	*Asistencia pública*
Número de participantes	Dos (o pocos) Situación bipersonal «Privada»	Muchos Situación multipersonal «Pública»
¿De quién es agente el terapeuta?	Del paciente Del custodio del paciente (p. ej., pediatras) De la familia del paciente	Del empleador (v. gr., institución, Estado, etc.)
Fuente y naturaleza de las recompensas que recibe el terapeuta	Paciente: dinero, recomendaciones, etcétera Familiares y amigos del paciente: satisfacción por haber ayudado Sí mismo: satisfacción por haber superado el problema Colegas: satisfacción por la capacidad demostrada	Empleador: dinero, promoción, prestigio derivado del status Familiares y amigos del paciente: satisfacción por haber ayudado Sí mismo: satisfacción por haber superado el problema Colegas: satisfacción por la capacidad demostrada

El contraste entre la asistencia médica privada y la pública se describe con frecuencia como si se tratase de la diferencia entre un palacio y una cabaña. Una es excelente y costosa; sería necio que una persona que cuenta con los medios necesarios para obtener ese tipo de cuidado médico no lo hiciera, en especial si lo necesita. La otra es inferior y de segundo orden; en el mejor de los casos, hace soportable la vida. Aunque médicos, políticos y muchos otros trataban de explicar a los pobres que la atención médica ofrecida a los indigentes era tan satisfactoria como la que recibían los ricos, este mensaje casi nunca merecía crédito. Los hechos de la vida son obstinados, y resulta difícil encubrirlos. Por consiguiente, en vez de aceptar este piadoso mensaje, la gente trató de elevar su estándar de vida. Hasta ahora, los resultados más satisfactorios en este terreno fueron logrados por los esfuerzos del pueblo de Estados Unidos y algunos países europeos. Esto produjo, en dichos países, ciertos cambios fundamentales en las pautas de atención médica —y, por ende, en la sociología de la situación terapéutica—. Examinaré ahora estos cambios, y pasaré luego a considerar los avances de la medicina en la Unión Soviética.

La sociedad opulenta y sus pautas para el cuidado de la salud

Varios economistas contemporáneos [entre otros, Drucker, 1949] llamaron la atención hacia el hecho de que, si bien el pensamiento económico tradicional se arraiga en la sociología de la pobreza y la privación, los actuales problemas socioeconómicos de Estados Unidos, y en menor medida los de Europa occidental, deben interpretarse en

función de la sociología de la superproducción, la riqueza y el ocio. En *La sociedad opulenta*, Galbraith [1958] describió en forma magistral el cuadro económico de la era de la opulencia. Aún no se ha escrito la sociología médica de dicha era.

La progresiva complejidad tecnológica y sociocultural determinó el desarrollo de varios sistemas preventivos contra la pobreza, la necesidad y el desamparo futuros. Uno de ellos es el método del seguro. Nos interesa examinar, en especial, los efectos del seguro de salud en las relaciones médicas y psicoterapéuticas.

El seguro de salud

Desde nuestro actual punto de vista, importa poco determinar si la protección de la salud del individuo la garantiza su compañía de seguros privada o el Estado. La protección de la salud mediante un seguro privado responde a la tradición del capitalismo y de la propiedad privada, y, en consecuencia, es muy popular en Estados Unidos. Gran Bretaña optó por el método de protección basado en la contribución impositiva y la medicina socializada. La mayoría de los norteamericanos consideran que este sistema es de carácter más socialista y, por lo tanto, malo. Es esencial descartar estos clisés, con el fin de poder concentrarnos en las variables correspondientes a estas situaciones.

El seguro de salud introduce un fenómeno completamente nuevo en la práctica de la medicina. La característica más significativa de este sistema reside en que no es privado ni público. La relación entre médico y paciente se estructura de modo que el primero no sea agente exclusivo del paciente ni de la institución asistencial. Este encuadre no puede reducirse a las antiguas pautas de asistencia médica, y tampoco puede comprenderse en función de sus términos. Es corriente creer que la situación basada en el seguro de salud no difiere de manera significativa de la que se basa la asistencia médica privada. La única diferencia sería que al médico le paga la compañía de seguros y no el paciente. Rara vez se piensa que el sistema del seguro de salud es similar a la medicina pública. Creo, sin embargo, que existen similitudes más significativas entre la asistencia pública y la basada en el seguro de salud que entre esta y la asistencia privada. El encuadre del seguro de salud, como ocurre en la asistencia pública, vuelve imposible la relación bipersonal reservada e íntima entre médico y paciente.

Sin adentrarnos en las complejidades sociológicas de la práctica del seguro de salud, podríamos ofrecer algunas generalidades útiles para estudiar la histeria y el problema de la enfermedad mental. Como regla general, puede afirmarse que cuanto más definida, «objetiva» o socialmente aceptable sea la enfermedad del paciente, tanto más estrecha será la similitud entre práctica del seguro y práctica privada. Si un ama de casa resbala en su cocina al pisar una cáscara de banana y se fractura el tobillo, el tratamiento no diferirá mucho por el hecho de que lo pague ella misma, una

compañía de seguros o el gobierno. El corolario de esta regla es que cuanto más se desvía la enfermedad de algo que le ocurre a una persona, y cuanto más se aproxima a algo que la persona hace —u ocurre por influencia de esta—, tanto más grandes serán las diferencias entre la situación creada por el seguro de salud y la situación privada bipersonal. Si nuestra paciente se accidenta en la fábrica donde trabaja, en vez de hacerlo en la cocina, no solo recibirá una indemnización, sino que se le otorgará licencia. Y si tiene un niño pequeño con el que desea estar más tiempo, tendrá un fuerte incentivo para que su incapacidad dure lo más posible. Es obvio que este tipo de situación exige que un árbitro o juez decida si el individuo está incapacitado («enfermo») o no. Se considera, en general, que la persona adecuada para realizar esta tarea es el médico. Se podría argüir que los médicos también desempeñan este rol en la práctica privada, pero este argumento es engañoso. En dicha práctica, el médico es, en esencia, agente del paciente. Si hubiera un conflicto entre su opinión y los supuestos «hechos reales» —como puede ocurrir cuando entran en juego compañías de seguros de vida, juntas de reclutamiento o empresas industriales—, estos grupos recurrirían a *sus propios médicos*. En el caso de la junta de reclutamiento, por ejemplo, el médico que examina tiene poder absoluto para anular la decisión del médico privado. Y si carece de tal poder, como ocurre en una empresa industrial, el conflicto de intereses tendrá que ser sometido al arbitrio de un tribunal de justicia.

En la práctica basada en el seguro de salud, no se determina con claridad de quién es agente el médico. Por lo tanto, es posible que el facultativo pase de una posición a la otra. En un momento determinado, puede actuar en favor del paciente, y al minuto siguiente, oponerse a él[3]. En el segundo caso, este último puede cambiar de médico, si el contrato lo permite. Sea como fuere, las características generales del encuadre impiden una auténtica relación terapéutica bipersonal.

Como tercera generalización, diremos que las llamadas enfermedades mentales comparten una sola característica significativa con las de naturaleza corporal: el paciente o «enfermo» está más o menos incapacitado para llevar a cabo ciertas actividades. Ambas difieren por el hecho de que las enfermedades mentales solo pueden comprenderse si las consideramos como incidentes que no se manifiestan simplemente en la vida de un individuo, sino que son inducidos por este (quizás en forma inconsciente) y, en consecuencia, pueden tener algún valor para él. Esta suposición no es necesaria —en realidad, es insostenible— en los casos típicos de enfermedades corporales.

La premisa de que la conducta de los presuntos enfermos mentales es intencional y tiende a una meta —siempre que uno sea capaz de comprender la conducta del paciente desde *su* punto de vista particular— constituye la base esencial de todas las psicoterapias «racionales». Por otra parte, si el psicoterapeuta ha de realizar su tarea en forma adecuada, no debe estar influido por consideraciones sociales perturbadoras acerca de su paciente. La mejor manera de satisfacer esta condición consiste en que la

relación se restrinja solo a las dos personas implicadas.

Por un lado, la sociedad opulenta creó el seguro de salud e impuso su adopción general; por el otro, fomentó el desarrollo y aumentó el nivel de remuneraciones de la asistencia médica privada y la psicoterapia.

Situación de la asistencia médica privada

Es menester refinar ahora nuestro concepto de asistencia médica privada. Hasta el momento, se utilizó este término en su sentido convencional, para designar las actividades médicas de todo facultativo *no empleado* por una institución u organismo (v. gr., una compañía o sindicato). De acuerdo con esta definición, dicho médico se dedica a la práctica privada independientemente de cómo se le paga, o quién lo hace. Esta definición, basada en el sentido común, no basta para nuestros propósitos. Tendremos que adoptar otra más limitada, y que se apoya en criterios pragmáticos estrictos. Definiremos la Situación de Asistencia Privada como un contrato entre el paciente y el médico: el primero contrata al segundo para que lo ayude a cuidar de su salud y le paga por este servicio. Si al médico no lo contrata o paga el paciente, sino otra persona, la relación médica ya no entra en la categoría de Situación de Asistencia Privada. Esta definición subraya: 1) *la naturaleza bipersonal de la relación*, y 2) la fundamental *autonomía y autodeterminación del paciente* [Szasz, 1957*b*, 1959*g*]. Designaremos como Situación de Asistencia Privada (con las iniciales en mayúscula) la situación terapéutica bipersonal tal como ya fue descripta (véase el cuadro 2).

Cuadro 2. *Sociología de la situación terapéutica. Asistencia privada y seguro de salud.*

Características de la situación	*Situación de Asistencia Privada*	*Seguro de salud*
Número de participantes	Dos Situación bipersonal	Tres o más Situación multipersonal
¿De quién es agente el terapeuta?	Del paciente	El rol del terapeuta es ambiguo y está mal definido: Del paciente, cuando concuerda con sus aspiraciones De la sociedad, cuando discrepa con las aspiraciones del paciente De sí mismo; en este caso trata de maximizar sus beneficios (v. gr., los casos de compensación)
Fuente y naturaleza de las recompensas que recibe el terapeuta	Paciente: dinero, recomendaciones, etcétera Sí mismo: satisfacción por haber superado el problema Colegas	Paciente: curación, gratitud, etcétera Sí mismo: satisfacción por haber superado el problema Colegas El sistema o el Estado: dinero, promoción, etcétera

Recordemos que una sociedad opulenta fomenta no solo el seguro de salud sino también la práctica privada. En Estados Unidos, una considerable proporción de esta última está representada por la asistencia psiquiátrica o psicoterapéutica, y ella adquiere mayor significación si, en vez de considerarla en relación con la categoría general de práctica privada, lo hacemos con respecto a la Situación de Asistencia Privada definida en forma estricta. En realidad, parece que la práctica psicoterapéutica es el ejemplo contemporáneo (norteamericano) más importante de una relación terapéutica verdaderamente bipersonal. El deterioro de la reserva de la situación médica tradicional (del siglo XIX) puede haber sido un estímulo para la creciente demanda de servicios psicoterapéuticos. Puesto que el médico ya no es el verdadero representante del paciente, este recurre al psiquiatra y al psicoterapeuta no médico, viendo en ellos a los nuevos representantes de sus mejores intereses.

Esto no significa que el deterioro de la reserva sea el principal responsable de la creciente demanda actual de ayuda psicoterapéutica en Estados Unidos. En este sentido, el papel de la riqueza podría ser importante, porque la gente, no bien tiene más dinero que el necesario para satisfacer las llamadas necesidades básicas (cualesquiera que sean), espera ser «feliz», y utilizará ese excedente para buscar la «felicidad». Desde este punto de vista, cabe comparar y contrastar la función social de la psicoterapia, no solo con la de la religión, sino también con las que cumplen el alcohol, el tabaco, los cosméticos y diversas actividades recreacionales.

Estas consideraciones aluden a la relación existente entre clase social, enfermedad

mental y tipo de tratamiento recibido, tema que fue explorado hace poco por Hollingshead y Redlich [1958]. Estos autores descubrieron, por ejemplo, que los pacientes psiquiátricos acaudalados tienden a recibir tratamiento psicoterapéutico, mientras que la atención de los pacientes pobres se basa en la fisioterapia. La ayuda psicológica y la fisioterapia representan tipos de actividades psiquiátricas, tan divergentes que es imposible realizar entre ellos una comparación significativa para establecer cuál es «mejor». Sin embargo, los datos de Hollingshead y Redlich demuestran con claridad que existen conexiones muy importantes entre el status económico, el nivel educacional y el grado de autorresponsabilidad y autodeterminación con que el individuo se orienta hacia la situación asistencial. Hago hincapié en este punto porque creo que la repercusión social de la sociedad opulenta en la psiquiatría —y en la medicina en general— es de tal índole que fomenta y, al mismo tiempo, inhibe el desarrollo de una situación terapéutica bipersonal. La seguridad económica y el nivel educacional más alto favorecen las condiciones que permiten un contrato terapéutico bipersonal. A la vez, el desarrollo del sistema de protección de la salud mediante el seguro, sea a través de las compañías privadas, los servicios para veteranos de guerra o la asistencia médica subvencionada por el gobierno, crea un nuevo tipo de relación terapéutica que tiende a impedir un encuadre realmente bipersonal.

Por último, vale la pena destacar que, mientras en las democracias la Situación de Asistencia Privada pierde terreno ante las pautas de atención médica basada en el seguro de salud, en la Unión Soviética fue desplazada cuando los médicos se convirtieron en empleados del Estado. Examinaremos ahora la práctica médica en la Rusia soviética con el fin de comparar las dos tipos de roles que juega el médico: el de agente del individuo (el paciente) y el de agente del Estado.

La medicina soviética y el problema del fingimiento

El médico soviético como agente del Estado

La gran mayoría de la población rusa depende de los servicios médicos que ofrece el Estado. La asistencia privada existe, pero solo tienen acceso a ella quienes ocupan los estratos superiores de la pirámide social soviética. Otra característica decisiva del sistema médico ruso es resultado del fuerte énfasis puesto por el gobierno en la producción agrícola e industrial y en la de otros tipos de mercancías [Rostow, 1952], La necesidad de trabajar se inculca al pueblo por todos los medios posibles. De aquí que enfermarse y quedar incapacitado sea, para quienes desean eludir el trabajo, uno de los caminos más efectivos para huir de lo que ellos vivencian como una exigencia intolerable. Como la presencia de la enfermedad no siempre resulta obvia para el

lego, se elige al médico como árbitro experto que debe decidir qué personas presuntamente enfermas lo están «en realidad», y cuáles son solo «fingidoras». Field [1957] describe esta situación de la siguiente manera:[4]

«Es lógico que la certificación de la enfermedad no puede quedar librada, en la mayoría de los casos, a la persona que pretende estar enferma. Esto facilitaría demasiado los abusos. El médico, como única persona técnicamente calificada para hacerlo, es quien debe "legitimizar" o "certificar" la enfermedad ante la sociedad. Esto significa, a su vez, que los abusos del rol de paciente consistirán en trasmitir al médico la impresión de que su enfermedad es independiente de su motivación consciente, mientras que en realidad no lo es. Esta posibilidad oscurece la *clásica presunción* de que la persona que acude al médico debe estar *necesariamente* enferma [prescindiendo de la motivación]; por el contrario, en algunos casos se puede sostener precisamente la suposición opuesta. Esto tiene, desde luego, importantes implicancias tanto para el médico como para el paciente "auténtico".
»Una sociedad [o un grupo social] que, por cualquier cantidad de razones, es incapaz de ofrecer a sus miembros suficientes incentivos que motiven a cumplir en forma leal y espontánea las obligaciones sociales, debe confiar en los métodos coactivos para obtener ese cumplimiento. Debido a la coacción, una sociedad de este tipo generará también una elevada proporción de conductas desviadas que permitan escapar de aquella. *La simulación de la enfermedad [conocida con el nombre técnico de fingimiento] será una de las formas que adopta dicha conducta. El fingimiento puede considerarse un problema médico, social y legal*. Es un problema médico sólo en cuanto la tarea del facultativo consiste en certificar quién es un *paciente de buena fe* y quién un farsante. Es un problema social en cuanto ya no puede sostenerse el supuesto de que la persona que acude al médico debe estar necesariamente enferma [prescindiendo de la motivación]. A veces, la presunción opuesta puede ser igualmente válida. Es, a menudo, un problema legal, porque se ha perpetrado un fraude.
»El fingimiento puede tener consecuencias de largo alcance porque no se ha cumplido la "tarea" de la sociedad [o del grupo], y porque las sanciones sociales comunes no bastan para cerrar esta válvula de escape. Esto significa, también, que es menester tomar algún recaudo o idear un mecanismo para controlar el otorgamiento de dispensas médicas. Es lógico que el médico ejerza este control» [págs. 146-48], [Las bastardillas son mías].

Según Field, los médicos soviéticos temen ser indulgentes con los pacientes que no están enfermos en forma manifiesta, y se angustian ante la idea de que cada paciente es un espía potencial o un «agente provocador».

El status social del médico soviético es relativamente bajo. La mayoría son mujeres. Su status es similar al de nuestros asistentes sociales o maestros de escuelas

públicas. La comparación entre la medicina norteamericana y la soviética plantea muchos interrogantes acerca de los méritos y deficiencias de los sistemas públicos y privados de educación y asistencia médica. Creo que el médico soviético, el asistente social norteamericano y el maestro de las escuelas públicas de Estados Unidos comparten una característica común significativa: cada uno funciona como agente social. Esto significa que los individuos que cumplen esos roles sociales son contratados por la sociedad o por grandes organismos sociales (p. ej., un sistema escolar) para atender a las necesidades de los miembros del grupo (v. gr., los escolares, las personas que viven de la asistencia social, los enfermos, etc.). *No los contratan sus clientes o pacientes y, por lo tanto, no están obligados a guardarles lealtad*. Este encuadre tiende a beneficiar al grupo en general, pero no siempre favorece a los individuos que usufructúan el servicio. El choque de intereses es más grande cuando las necesidades del grupo y del individuo son muy divergentes.

Quisiera llamar ahora la atención sobre algunas conexiones entre la moderna medicina soviética y el rol social del médico en la asistencia pública, tal como se ejercía, por ejemplo, en tiempos de Charcot. En ambos medios era frecuente el diagnóstico de fingimiento. Esto se debe, en gran medida, a dos factores. Primero, el médico era agente de la sociedad —o de parte de ella— y no del paciente. Segundo, aquel adoptaba como propios los valores sociales predominantes acerca de la utilidad productiva del paciente en la estructura social. El médico soviético, verbigracia, se identifica con el valor de la productividad industrial, de la misma manera que su colega occidental del siglo XIX se identificaba con ciertas ideas acerca del rol «adecuado» de la mujer como madre y esposa en esa sociedad [Szasz, 1959*a*]. Había varios caminos abiertos —la *incapacidad*, entre otros— para evadirse de los roles de trabajador o de mujer oprimidos. Creo que, a medida que el interés y la simpatía de los investigadores se fueron desplazando del grupo que presiona al individuo que soporta la presión, se produjo una metamorfosis en la concepción misma del problema. El primer paso, dado hace un tiempo por los países occidentales, fue reemplazar el diagnóstico de fingimiento por el de histeria. En la Unión Soviética aún no se dio este paso, debido quizás, en gran medida, a las diferentes pautas de evolución social. Cabe esperar, empero, que en un futuro cercano podrá observarse este cambio —o uno similar— también allí.

Se considera, por lo tanto, que el cambio terminológico implícito en el reemplazo del diagnóstico de fingimiento por el de histeria, y el de este por el concepto de enfermedad mental como medio para designar todas las clases de acontecimientos sociales e interpersonales, refleja la *evolución social*. El primer paso, o sea designar la incapacidad con ti nombre de fingimiento, vincula directamente al médico con el campo del opresor. El segundo —designarla con el nombre de histeria— lo convierte en representante del individuo «enfermo» (oprimido). El tercer paso —llamarla enfermedad mental— señala una etapa en la que el rol y la función sociales del médico son ambiguos y oscuros desde el punto de vista oficial.

Cuadro 3. *Sociología de la situación terapéutica. La asistencia médica en Occidente y en la Unión Soviética.*

Características de la situación	*Asistencia médica en Occidente*	*Asistencia médica en la Unión Soviética*
Número de participantes	Dos o pocos Privada, basada en el seguro de salud, financiada por el Estado	Muchos Financiada por el Estado
¿De quién es agente el terapeuta?	Del paciente Del empleador De sí mismo *El rol del médico es ambiguo*	De la sociedad Del paciente (en la medida en que se siente identificado con los valores del Estado) *El rol del médico está claramente definido como agente de la sociedad*
Fundamentos éticos de las actividades terapéuticas	Individualistas	Colectivistas
Diagnósticos estimulados o permitidos	Enfermedad mental La sociedad enferma	Fingimiento Diagnósticos psiquiátricos expresados en términos fisiológicos
Diagnósticos más evitados o considerados inexistentes	Fingimiento	Enfermedad mental (como problema vital)
Status social relativo del médico	Alto	Bajo

La siguiente cita de Field [1957] demuestra en qué medida el médico soviético está atado a su rol de agente de la sociedad, oponiéndose, si fuese preciso, a las necesidades individualistas de los pacientes:

«Quizá resulte significativo destacar que el *juramento hipocrático* prestado por los médicos de la época zarista [como ocurre en Occidente] *se abolió después de la revolución, porque "simbolizaba" la medicina burguesa* y se consideró incompatible con el espíritu de la medicina soviética. "Si —prosigue diciendo un comentarista soviético en el *Medical Worker*— el médico prerrevolucionario estaba orgulloso de que para él sólo existía la 'medicina', el médico soviético lo está de participar en forma activa en la construcción del socialismo. *Es un trabajador del Estado*, un servidor del pueblo (…) *el paciente no es solo una persona, sino un miembro de la sociedad socialista*"» [pág. 174]. [Las bastardillas son mías].

A mi juicio, el juramento hipocrático no fue abolido por simbolizar la «medicina burguesa» —ya que la asistencia pública forma parte de la medicina burguesa tanto como la asistencia privada—, sino porque tiende a definir al médico como agente del paciente. Algunos investigadores [Szasz, Knoff, y Hollender, 1953] señalaron que el

juramento hipocrático es, entre otras cosas, una verdadera Declaración de Derechos para el paciente. Por lo tanto, el conflicto con el que lucha el médico soviético es muy antiguo: es el que se plantea entre individualismo y colectivismo. (En el cuadro 3 ofrecemos un resumen muy sucinto de las características contrastantes de los sistemas médicos soviético y occidental)[5].

Significación social de la reserva en la relación médico-paciente

Dos características de la medicina soviética —primero, el temor del médico ruso a que la benevolencia con el «agente provocador»-fingidor acarree la ruina para sí mismo, y segundo, la abolición del juramento hipocrático— exigen que examinemos con más detenimiento el papel de la reserva en la situación terapéutica. La observación mencionada en primer término demuestra que *la reserva de la relación médico-paciente no redunda únicamente en beneficio del enfermo*. La creencia de que esto ocurre deriva, en parte, del juramento hipocrático, el cual afirma de manera explícita que el médico no debe abusar de la información que le confía el paciente. La definición legal contemporánea de información confidencial (a los médicos) apoya este criterio, puesto que concede al paciente la facultad de renunciar al carácter confidencial de esa relación. En consecuencia, el paciente es «dueño» de sus informaciones confidenciales; controla cómo y cuándo será utilizada, o cuándo no habrá que hacer uso de ella.

Empero, en el contrato psicoanalítico —por lo menos, tal como yo lo entiendo [Szasz, 1957*b*, 1959*c*]— la reserva de la relación implica que el terapeuta no se comunicará con otros, independientemente de que el paciente permita que se dé a conocer la información. En realidad, esta posibilidad debe desecharse, aunque el paciente lo implore, si se quiere preservar el carácter bipersonal de la relación.

La opinión común y corriente de que la reserva solo sirve a los intereses del paciente permite pasar por alto el hecho de que el carácter confidencial de la relación protege también al terapeuta. Al hacer que el paciente participe de manera responsable en su propio tratamiento, el terapeuta se protege, en cierta medida, contra las acusaciones del paciente —y de su familia, o de la sociedad— de que su terapia es errónea. Si en todo momento el paciente está plenamente informado de la naturaleza del tratamiento, será suya, por lo menos en parte, la responsabilidad de evaluar en forma constante la actuación del terapeuta, de exigir cambios siempre que sean necesarios y, por último, de abandonar a aquel si sintiera que no recibe la ayuda que necesita.

Parece existir un conflicto intrínseco entre los beneficios que el paciente puede obtener de un encuadre privado bipersonal y las garantías de protección que le ofrece cierto grado de publicidad terapéutica (esta ofrece una verificación oficial, socialmente controlada, de las aptitudes y actuaciones del terapeuta). En una

situación privada, el propio paciente debe proteger sus intereses. Si considera que el tratamiento ha fracasado, su principal arma será romper la relación con el terapeuta. De igual manera, la ruptura de la relación es el único medio de que dispone el terapeuta (psicoanalítico) para protegerse, ya que no puede obligar al paciente a seguir el «tratamiento» recurriendo a la ayuda de terceros —p. ej., los miembros de la familia—. En agudo contraste con la reserva de la situación psicoanalítica, el carácter público de la situación terapéutica soviética —por lo menos, en los casos que no comprometen al personal de los niveles superiores— estimula el uso de influencias mutuamente coactivas por parte del paciente y el médico. Los médicos pueden forzar a los pacientes a hacer determinadas cosas mediante la amenaza de certificar o no sus enfermedades; los segundos disponen, como medio de venganza, por así decirlo, de una amplia libertad para denunciar a los primeros y acusarlos [Field, 1957, págs. 176-77].

Estas observaciones contribuyen a explicar la inexistencia del psicoanálisis o de cualquier otro tipo de psicoterapia privada en la Unión Soviética [Lebensohn, 1958; Lesse, 1958]. La incompatibilidad del comunismo y el psicoanálisis se atribuye a la denuncia comunista de que los problemas existenciales se deben a las desigualdades e injusticias del sistema social capitalista. Para mí, sin embargo, la esencia del conflicto entre el psicoanálisis y el comunismo es la reserva de la situación psicoanalítica. Esta se halla en pugna con muchos elementos de la vida rusa contemporánea y casi contemporánea, como su organización médica, las condiciones habitacionales, etc. Mientras persista este estado de cosas, la reserva de la situación psicoanalítica debe resultar extraña e indeseable. Si se logra que la población disponga de viviendas más amplias, de mayor cantidad de artículos de consumo, y se incrementa la práctica privada de la medicina, es posible que el panorama social soviético cambie. Será interesante observar sí emerge entonces la psicoterapia privada.

La asistencia médica como forma de control social

Es evidente que todo cuanto afecta a gran número de personas y sobre lo cual el Estado (o gobierno) ejerce control, puede utilizarse como una forma de *control social*. En Estados Unidos, por ejemplo, es posible emplear el gravamen impositivo para estimular o eliminar el consumo de determinados artículos. Puesto que en Rusia los servicios médicos están controlados por el Estado, es fácil utilizarlos para moldear la sociedad [Hayek, 1960].

El frecuente diagnóstico de fingimiento en la Unión Soviética indica que la medicina organizada se utiliza, entre otras cosas, como una especie de tranquilizante social [Szasz, 1960*c*]. En este sentido, las similitudes entre la medicina rusa y el trabajo de los asistentes sociales norteamericanos son particularmente significativas. Se trata, en ambos casos, de sistemas de asistencia social, que satisfacen algunas

necesidades básicas del ser humano, mientras que al mismo tiempo pueden servir —y, a mi juicio, esto ocurre a veces— para controlar en forma sutil pero poderosa a los destinatarios de dichos servicios [Davis, 1938], En Rusia, el gobierno (o el Estado) emplea a los médicos, y, por consiguiente, puede utilizarlos con el fin de ejercer control sobre la población, mediante el diagnóstico de fingimiento, por ejemplo. En Estados Unidos, los gobiernos locales o estatales y las instituciones filantrópicas —subvencionadas por las clases superiores— emplean a los asistentes sociales. Sin ánimo de negar los beneficios que reditúa este encuadre, es evidente que faculta a los empleadores para ejercer cierto grado de control social, en este caso sobre los integrantes de las clases sociales más bajas. Ambos sistemas —es decir, la medicina soviética y la asistencia social norteamericana— se adaptan en forma admirable al propósito de mantener «a raya» a los miembros (o los grupos) potencialmente descontentos de la sociedad.

El uso de los servicios de atención médica en la forma característicamente ambivalente que hemos descrito —atender algunas necesidades del paciente y, al mismo tiempo, ejercer una acción coactiva sobre él— no es un fenómeno nuevo que se observe por primera vez en la Unión Soviética. Existía antes, en la Rusia zarista, así como en Europa occidental. El rigor de la vida en las prisiones zaristas —y, quizás, en las cárceles de todo el mundo— estaba mitigado en cierta medida por los servicios de un personal médico bastante benévolo, el cual era parte integrante del sistema carcelario [Dostoievsky, 1861-1862], Como este tipo de encuadre social es general, creo justificado sugerir una interpretación de amplio alcance para el mismo. Se trataría, según mi criterio, de la típica manifestación de una tensión tiránico-coactiva en el sistema social, como la que aparece en la familia autocrático-patriarcal. En la familia de este tipo, el padre es un tirano cruelmente punitivo con sus hijos, y adopta hacia la esposa una actitud de superioridad y desaprobación. La vida de los hijos es tolerable gracias a los oficios de una madre afectuosa y benévola. Las presiones sociales del Estado soviético (stalinista), que exige producir cada vez más, recuerdan el rol del padre tiránico: el ciudadano es el hijo, y la madre protectora, el médico.

En este sistema, la madre (el médico) no solo protege al hijo (el ciudadano) de la severidad del padre (el Estado), sino que, en virtud de su intervención, es también responsable del mantenimiento de un precario equilibrio familiar (o de un *statu quo* social). Contribuir al desmoronamiento manifiesto de tal equilibrio puede ser un paso constructivo —y a veces, incluso indispensable—, siempre que la meta deseada sea la reconstrucción social.

Este tipo de organización médica, al igual que la vida familiar en la cual se basa, representa también, en el marco de la estructura social existente, una forma de «sobrevivir» al problema humano básico de manejar las cosas tanto «buenas» como «malas». La estructura familiar rigurosamente patriarcal, descripta de manera tan admirable por Erikson [1950], ofrece una solución simple pero muy eficaz para este

problema. En vez de fomentar una síntesis entre el amor y el odio hacia las mismas personas, con el subsiguiente reconocimiento de la complejidad de las relaciones humanas, el encuadre permite al niño —y más tarde al adulto— vivir en un mundo de santos y demonios —e incluso lo incita a ello—: el padre es totalmente malo y la madre totalmente buena. Esto hace que el niño, cuando crece, se sienta constantemente desgarrado entre la santa rectitud y el pecado abismal. Si aplicamos este modelo al sistema médico soviético, es evidente que el problema y su solución aparecen aquí en una nueva versión, por así decirlo. El Estado soviético —o, mejor dicho, los principios del sistema comunista ideal— es el «objeto bueno» perfecto. El Estado ofrece asistencia médica «gratuita» a todos aquellos que la necesitan, y se da por sentado que la atención es, desde luego, intachable; si no lo es, la culpa recae en el médico. En consecuencia, este cumple, en cierta medida, el rol de «objeto malo» en el sistema social soviético[6]. El ciudadano (el paciente, el niño) se halla inserto entre el médico (malo) y el Estado (bueno). Esto concuerda con la tesis de que el Estado presta mucha atención a las acusaciones públicas contra los facultativos [Field, 1957, págs. 176-77]. Si bien estas quejas pueden ser estentóreas, nos preguntamos hasta qué punto son efectivas. Cabe suponer que el paciente no puede valerse de la protección que se le brinda en los países occidentales —el derecho a entablar pleito contra el médico por un tratamiento equivocado— ya que hacerlo equivaldría a entablar juicio contra el propio gobierno soviético. No obstante, el encuadre sirve para mantener en línea a médicos y pacientes. Cada uno de ellos tiene bastante poder para dificultar la vida del otro, pero ninguno suficiente libertad para modificar su propio status.

En este sentido, no deja de ser significativo que los ciudadanos soviéticos que huyeron de su país por estar descontentos con el sistema hayan expresado marcada preferencia por la medicina soviética, comparada con las pautas de asistencia médica de Estados Unidos y Alemania occidental [Inkeles y Bauer, 1959]. Tenemos aquí un ejemplo notable de la efectividad con que los aspectos «malos» y «buenos» del sistema social soviético permanecieron disociados en la mente de estas personas. La preocupación oficial del gobierno soviético por la «salud» (definida en forma ambigua) constituye un valor absoluto e incuestionado. Si algo sale mal en relación con este valor se le echará la culpa a otra parte del sistema —en este caso, al médico.

Las raíces del rol de «asistente social» que cumple el médico se remontan a la antigüedad. La fusión de las funciones médicas y sacerdotales creó un fuerte vínculo que sólo se quebró en fecha reciente, para volver a establecerse después, en forma explícita en la Ciencia Cristiana, y de manera implícita en algunos aspectos de la asistencia pública, la psicoterapia y la medicina soviética. Se afirma que el gran Virchow dijo: «Los médicos son los *abogados naturales de los pobres*» [Field, 1957, pág. 159]. Es preciso investigar y cuestionar este concepto acerca del rol del médico. No hay nada natural en él, ni tampoco resulta claro que siempre sea deseable que los médicos actúen en función de abogados.

A esta altura, es posible observar algunas conexiones entre las consideraciones anteriores y los antecedentes históricos de Charcot ya presentados. Se ha sugerido que el reemplazo del diagnóstico de fingimiento por el de histeria no fue un acto médico, en el sentido técnico-científico del término, sino más bien un acto de promoción social. Charcot también había actuado en calidad de «abogado de los pobres». Desde esa época, sin embargo, los progresos sociales en los países occidentales dieron por resultado la creación de organizaciones y roles sociales cuya función es la de ser «abogados de los pobres» —es decir, actuar en representación de los intereses específicos de estos—. La primera organización de esta naturaleza fue, quizás, el movimiento socialista-marxista, pero aparecieron también muchas otras, como los sindicatos obreros, las organizaciones religiosas (las cuales, dicho sea de paso, son los custodios tradicionales del pobre), los organismos de asistencia social, las sociedades filantrópicas privadas, etc. En el medio social de las democracias contemporáneas, el médico puede tener múltiples obligaciones, pero es difícil que una de ellas sea la de actuar como protector de los pobres y oprimidos. Estos tienen sus propios representantes, más o menos adecuados según el caso, por lo menos en Estados Unidos[7]. Podemos mencionar la Asociación Nacional para el Progreso de la Gente de Color, la Liga de Anti-Difamación, el Ejército de Salvación y muchas otras organizaciones menos conocidas cuyo principal objetivo es defender de la injusticia social a diversos grupos minoritarios. Desde el punto de vista de la ética científica —esto es, desde una posición que valora la honestidad explícita y condena la tergiversación encubierta—, todo esto es positivo. Si un individuo o grupo quiere actuar en defensa de los intereses de los pobres, los negros, los judíos, los inmigrantes, etc., es conveniente que lo haga en forma abierta. Si es así, ¿con qué derecho y por qué motivo los médicos asumen, en su calidad de tales, el rol de protectores de este o aquel grupo? Entre los médicos de nuestro tiempo, el psiquiatra es quien, más que cualquier otro especialista, usurpó por propia cuenta el papel de protector de los oprimidos.

Junto con el desarrollo de instituciones y roles sociales destinados a proteger a los pobres, la profesión médica presenció la evolución de nuevas técnicas de diagnóstico y terapia. En consecuencia, dos importantes razones hicieron innecesario que el médico asumiera la función de «abogado de los pobres». Primero, los pobres tenían ahora sus propios abogados y ya no necesitaban recurrir al «engaño» y la simulación de la enfermedad para ser tratados en forma humana. Segundo, debido a la creciente complejidad de la tarea técnica del médico —como resultado del desarrollo de la cirugía moderna, la farmacoterapia, la radiología, la psicoterapia, etc.—, su rol se definía con progresiva claridad por la naturaleza de las operaciones técnicas a las que se dedicaba. *Los* radiólogos, por ejemplo, cumplen tareas específicas, al igual que los urólogos y neurocirujanos. Siendo así, es posible que no tengan tiempo ni interés para dedicarse a actuar también como «abogados de los pobres».

Resumen

El predominio del fingimiento en la Unión Soviética y el de la enfermedad mental en Occidente pueden considerarse signos de las condiciones sociales prevalecientes. Estos rótulos diagnósticos se refieren solo en parte a los pacientes a quienes en apariencia señalan; aluden también al rotulador en su calidad de individuo y miembro de la sociedad [Stevenson, 1959; Wortis, 1950]. (En cierta medida, esto es válido para cualquier tipo de diagnóstico). El «fingimiento» es una manifestación de tensión en una sociedad colectivista. El rótulo revela, asimismo, la identificación básica del médico con *los* valores del grupo. La «enfermedad mental», por su parte, puede considerarse síntoma de tensión en una sociedad individualista. Sin embargo, la enfermedad mental no es la antonimia del fingimiento, porque el primer diagnóstico no implica que el médico actúe como único representante del paciente. La enfermedad mental es un rótulo ambiguo. Parecería que quienes lo utilizan favorecen una actitud ambivalente y eluden el conflicto de intereses entre el paciente y su medio social (los familiares, la sociedad, etc.). El énfasis puesto en los conflictos entre los objetos internos —o identificaciones, roles, etc.— del paciente tiende a oscurecer la significación de los conflictos sociales e interpersonales. No quiero disminuir la importancia teórica y el valor psicoterapéutico de la posición psicoanalítica básica acerca de la función de los objetos internos; simplemente, postulo la tesis de que una persona puede utilizar los conflictos intrapersonales —o las desdichas pasadas— como medio para no enfrentar las dificultades interpersonales y sociopolíticas, de la misma manera que puede emplear estas dificultades para eludir el enfrentamiento con aquellos. Es en este sentido que el concepto de «enfermedad mental» desempeña un papel tan importante, en cuanto pretende explicar, pero no hace sino justificar.

La evasión de los conflictos morales e interpersonales mediante el concepto de enfermedad mental se expresa, entre otras cosas, en el actual criterio «dinámico-psiquiátrico» de la vida norteamericana [Szasz, 1*960c]*. Según este criterio, todo hecho humano —desde el infortunio personal y la infidelidad matrimonial hasta la «mala conducta» política y la convicción moral desviada— es una faceta del problema de la enfermedad mental. Junto con esta *distorsión pan-psiquiátrica,* y en gran medida debido a ella, quizás, el psiquiatra tiende a suponer —sin haberlo hecho en forma explícita, sin embargo— que el contrato psicoanalítico bipersonal se aplica también, de alguna manera, a todas las demás situaciones llamadas psiquiátricas. Por lo tanto, el psiquiatra enfoca este problema —sin tomar en cuenta si lo encuentra en el servicio militar, el hospital estatal o el tribunal de justicia— como si él fuera terapeuta personal del paciente (es decir, como si representara a este). En consecuencia, está inclinado a encontrar la «psicopatología» o la «enfermedad mental», del mismo modo que el médico soviético —que funciona como representante del (suspicaz) Estado— lo está para descubrir el «fingimiento». No obstante, ninguno de ellos encuentra o descubre algo que se asemeje a una

enfermedad. Por el contrario, el primero, al hablar en términos de enfermedad mental, se basa en la premisa de que el médico es agente del paciente; el segundo, al hablar en términos de fingimiento, basa su prescripción en la premisa de que él es agente de la sociedad.



Segunda parte. La histeria: un ejemplo del mito

4. «Estudios sobre la histeria», de Breuer y Freud

«No siempre he sido psicoterapeuta. Al principio, como otros neuropatólogos, practiqué el diagnóstico local y recurrí a instrumentos eléctricos para mis pronósticos; y todavía me choca comprobar que mis historiales clínicos parecen pequeñas narraciones literarias y carecen, por así decirlo, del severo sello científico. Me consuelo pensando que ello deriva, evidentemente, de la naturaleza del objeto y no de mis preferencias personales». Sigmund Freud [Breuer y Freud, 1893-1895, pág. 163].

Si queremos examinar los *problemas científicos* originales que Freud se propuso esclarecer, debemos recurrir a los «Estudios sobre la histeria» [1893-1895], de Breuer y Freud. En este trabajo encontramos el tipo de material clínico «en bruto» que obligó a los médicos contemporáneos a enfrentar el problema de la histeria.

Algunas observaciones sociohistóricas acerca de la histeria

Los estudios realizados por Freud bajo la dirección de Charcot se centraron en gran medida en la histeria. Cuando regresó a Viena en 1886 y se estableció allí para dedicarse a atender las llamadas enfermedades nerviosas, gran parte de su clientela estaba compuesta por histéricas [Jones, 1953]. En esa época, como ocurre incluso en la actualidad, la paciente histérica constituía un serio desafío para el médico a quien ella consultaba. El camino más cómodo y seguro consistía en atenerse a las actitudes y procedimientos médicos tradicionales. Esto significaba que el paciente como persona, aunque era objeto de un interés humano comprensivo y benévolo, no podía ser también objeto del interés científico-racional. La ciencia respetable y acreditada solo se interesaba por las alteraciones corporales. Los problemas vitales del ser humano —o existenciales, como podríamos decir hoy— se trataban como si fuesen manifestaciones de enfermedades corporales. El dilema implícito en el problema de la histeria no podía resolverse en el marco del pensamiento del siglo XIX [Riese, 1953]. El mérito singular de Breuer y Freud reside en haber adoptado una actitud a la vez humana e inquisidora frente al sufrimiento neurótico. Por lo tanto, sus observaciones son dignas de la mayor atención, aunque debe tenerse presente, sin embargo, que la mayoría de los actuales médicos y psiquiatras ejercen la profesión bajo circunstancias técnicas y sociales enteramente distintas.

Se suele afirmar que los psicoanalistas ya no encuentran el tipo de «enfermedad histérica» descrito por Breuer, Freud y sus con temporáneos [v. gr., Wheelis, 1958], y esto se atribuye, por lo general, a los cambios culturales, en especial a la disminución de las represiones sexuales y a la modificación del rol social de la mujer. Además de

estos factores relativos al paciente, también cambió el rol social del médico. Luego si bien es cierto que los psicoanalistas raras veces —si no nunca— encuentran «casos clásicos de histeria» en sus consultorios privados, otros profesionales enfrentan este tipo de trastorno; por ejemplo, los clínicos y diversos especialistas de los grandes centros médicos [Ziegler y otros, 1960]. Creo que la histeria, tal como la describieron Breuer y Freud, es aún muy frecuente en Estados Unidos y Europa. Por regla general, quienes la padecen no consultan psiquiatras o psicoanalistas. Por el contrario, acuden al médico de cabecera o al internista, y se los deriva luego a los neurólogos, neurocirujanos, ortopedistas, cirujanos y otros especialistas *médicos*.

Los consultores médicos rara vez definen el malestar del paciente como un trastorno de carácter psiquiátrico. Los médicos temen derivar al paciente a un psiquiatra, sobre todo porque esto les exigiría redefinir la naturaleza de ese malestar. Sin embargo, la psiquiatría, definida como una especialidad médica, sirve en parte al propósito de eliminar la necesidad de dicha redefinición. Un «malestar funcional» aún se considera «enfermedad», y al paciente se lo envía simplemente a «otro facultativo». El hecho de derivarlo a un psicoterapeuta no médico entrañaría una redefinición más radical de la naturaleza de la dolencia. Esto explica el sistema jerárquico de derivación que existe en Estados Unidos, especialmente en los grandes centros metropolitanos. Si bien los médicos derivan a algunos «enfermos mentales» a los psiquiatras, es poco frecuente que los envíen a psicoterapeutas no médicos (psicólogos, asistentes sociales, etc.). En cambio, los psiquiatras —sobre todo psicoanalistas y terapeutas de niños— tienen la costumbre de derivar a *sus* pacientes a psicoterapeutas no médicos. Esta práctica confirma mi tesis: la necesidad de derivar al paciente a un psiquíatra plantea al médico la tarea de redefinir la enfermedad como personal antes que médica. El paciente del psiquiatra suele aceptar esta definición y, en consecuencia, se muestra dispuesto a aceptar a un experto no médico como psicoterapeuta.

Los médicos temen, asimismo, no acertar con el «diagnóstico orgánico». Tienden a desconfiar de la psiquiatría y los psiquiatras, y les resulta difícil comprender la labor que realizan los psicoterapeutas [Bowman y Rose, 1954]. Por estas y otras razones, es bastante raro encontrar pacientes histéricos en la práctica psiquiátrica privada. Por último, también son pertinentes en este sentido las consideraciones socioeconómicas. Por varias razones que examinaremos más adelante, la histeria de conversión tiende a ser en la actualidad un mal que afecta a personas de clase baja, relativamente ignorantes. Solo este hecho puede explicar la distribución de los casos de histeria. Se encuentran pocas veces en los consultorios privados de los psicoanalistas y, con más frecuencia, en las clínicas de categoría inferior o gratuitas y en los hospitales estatales. Los pocos histéricos que finalmente consultan a un psicoterapeuta han pasado por tantas experiencias médicas y quirúrgicas que ya no se comunican en el lenguaje puro de la «histeria clásica».

Datos surgidos de la observación

Debemos reconocer y admitir con franqueza que es imposible estudiar un fenómeno en forma científica sin observarlo a través de una óptica influida por formulaciones teóricas [Braithwaite, 1953]. El símil entre visión y explicación científica es importante en este sentido. Literalmente, para «ver algo» es preciso tener ojos, nervios ópticos y cortezas occipitales que funcionen bien. De modo similar, para «ver algo» —en este caso, no en forma literal, sino científica— es necesario que consideremos nuestras observaciones con la ayuda de teorías (o hipótesis) más o menos adecuadas. Si observamos un fenómeno con ojos que miran a ciegas desde el punto de vista conceptual, no veremos nada de interés científico. En consecuencia, no hay nada realmente impropio en los prejuicios científicos, siempre que las observaciones se describan de tal modo que incluso quienes no comparten nuestras teorías puedan reproducirlas. En este caso, sería posible que varios investigadores concuerden respecto de una observación y disientan, sin embargo, acerca de la mejor hipótesis para explicarla. Si bien la distinción entre observación y teoría es casi evidente por sí misma para el físico y el filósofo científico, suele ser poco apreciada por la psiquiatría y el psicoanálisis. Consideremos, por ejemplo, los conceptos psicoanalíticos de «inconsciente», «preconsciente» y «consciente». Pocas veces resulta claro si un hecho calificado con uno de estos adjetivos designa una observación o una hipótesis explicativa. Se dice a menudo que los sueños constituyen un material inconsciente. Esto no significa, por supuesto, que el informe del sueño sea inconsciente. Cito este ejemplo con el único propósito de subrayar la importancia de diferenciar con claridad la observación de la hipótesis, y los diversos niveles de hipótesis entre sí. Para alcanzar esta meta es necesario evitar los prejuicios teóricos o filosóficos *no explicitados*. Los autores de «Estudios sobre la histeria» estaban a menudo lejos de satisfacer este ideal.

¿Queja o enfermedad?

Según mi tesis básica, Breuer y Freud citan ejemplos de pacientes que se quejaban de diversas sensaciones corporales (por lo común, de naturaleza desagradable), y luego complican seriamente el problema refiriéndose a estos síntomas como si constituyesen trastornos fisicoquímicos del organismo humano. El siguiente extracto[1] aclara este argumento:

«Un sujeto de gran inteligencia estuvo presente cuando su hermano fue sometido a una tracción, bajo anestesia, para corregir una anquilosis de la articulación de la cadera. En el momento en que la articulación cedió con un crujido, sintió en su propia cadera un agudo dolor que persistió durante casi un año. Podrían citarse más

ejemplos. En otros casos, la conexión no es tan sencilla: consiste solamente en lo que podría denominarse una relación “simbólica” entre el factor precipitante y el fenómeno patológico, semejante a la que el hombre sano establece cuando sueña. Por ejemplo, una *neuralgia* puede seguir a un *dolor anímico, o* las *náuseas* al sentimiento de *repugnancia* moral. Hemos tenido oportunidad de observar a pacientes que acostumbraban hacer amplio uso de esta clase de simbolización» [pág. 5]. [Las bastardillas son mías].

Detengámonos en los términos «neuralgia», «dolor anímico» y «repugnancia moral». Sin adentrarnos en el problema metodológico —ni dilucidar si hacemos física o psicología [Szasz, 1957*a*]—, resulta claro que estas expresiones no se refieren a observaciones, sino más bien a inferencias complejas o, en el peor de los casos, a preconceptos filosóficos. La «neuralgia» entraña un trastorno neurológico —esto es, fisicoquímico— del cuerpo humano. Cabe suponer que los autores quisieron significar «semejante a la neuralgia», con lo cual indicaban que para el médico contemporáneo dicho dolor sugería «neuralgia».

El concepto de «dolor anímico», como el de «repugnancia moral», codifica el dualismo cartesiano, según el cual el mundo estaría compuesto por dos series de realidades, una física y otra mental. La «repugnancia moral» se contrapone quizás a la «repugnancia física», semejante a la que podríamos experimentar ante alimentos en estado de descomposición. Pero en cualquiera de los dos casos, en su calidad de afectos, no hay diferencias discernibles entre ambos. En otras palabras, el adjetivo «moral» se refiere a un enunciado hecho en el nivel de un constructo teórico. La repugnancia «moral», la repugnancia «gastrointestinal» y otros tipos posibles de reacciones de esta índole no son cosas que todos puedan observar[2]. Los análisis conceptuales de estos problemas, al separar las afirmaciones basadas en la observación de las inferencias lógicas, contribuyen en alto grado a abordar la cuestión sobre una base científica más firme.

¿Qué tipo de enfermedad tiene el paciente?

El punto capital de la dificultad que enfrentó Freud —punto que me propongo dilucidar aquí— fue que estaba obligado a preguntarse: ¿*Qué tipo de enfermedad* tiene este paciente (que ha venido a consultarme)? El hecho de formular la pregunta de esta manera excluye la posibilidad de responder que no padece enfermedad alguna. Freud resolvió el problema mediante un «diagnóstico diferencial», como correspondía a un médico. Los malestares de los que se queja el paciente se consideran síntomas de su enfermedad específica.

A título de ejemplo, incluimos el siguiente extracto de la descripción que hace Freud del caso de la señorita Elizabeth von R.:

«En el otoño de 1892, un colega y amigo me pidió que examinara a una muchacha que desde hacía más de dos años venía padeciendo dolores en las piernas y *dificultades para caminar. Lo único evidente* es que se *quejaba* de sufrir grandes dolores cuando caminaba y que se fatigaba con rapidez tanto al marchar como al permanecer de pie; se veía así obligada a guardar reposo, lo cual aliviaba sus dolores, pero no los eliminaba totalmente (…) No me resultaba fácil establecer un *diagnóstico*, pero, por dos razones, decidí *adherir* al de mi colega, a saber, que se trataba de un *caso de histeria*» [págs. 135-36]. [Las bastardillas son mías].

Freud tuvo que enfrentar con frecuencia, como una dura realidad de la vida, la necesidad de recurrir al diagnóstico diferencial [Freud, 1900, pág. 109]. En una oportunidad se sintió muy orgulloso de hacer un diagnóstico neurológico correcto al tratar un caso que le enviaron, diagnosticado como histeria [Freud, 1905*a*, págs. 16-17].

Si bien Freud consideraba que la histeria era una enfermedad, comprendió (aun en esa época temprana) mucho más que lo que podía caber en esta rígida categoría semántica y epistemológica. En este sentido, resulta significativa esta declaración:

«Esta era, pues, la desgraciada historia de esta muchacha orgullosa y necesitada de cariño. Descontenta de su destino, amargada por el fracaso de todos sus pequeños planes para reconstruir el brillo de su hogar, separada por la muerte, la distancia o la indiferencia de las personas queridas, sin estar preparada para refugiarse en el amor de algún hombre, había vivido aislada casi por completo durante dieciocho meses, *sin hacer nada, salvo ocuparse de su madre y de sus propios sufrimientos*» [págs. 143-44]. [Las bastardillas son mías].

¿Es una *enfermedad* Jo que Freud describió aquí? Quizá sus críticos contemporáneos tuvieran razón al quejarse de que él no se preocupaba por los mismos problemas que ellos se dedicaban a estudiar. Reconocían que Freud no se ocupaba realmente de las enfermedades orgánicas (o físicas), como era habitual en esa época, sino del problema de la gente en tanto seres humanos, miembros de la sociedad, o simplemente personas.

En el pasaje que acabamos de citar, Freud se refería a una joven desdichada y a las *sensaciones corporales* mediante las cuales *comunicaba* su infelicidad. Freud afirmaba que su trabajo se parecía más al del biógrafo que al del médico [Breuer y Freud, 1893-1895, págs. 160-61]. La terapia psicoanalítica se basaba en el supuesto de que el sujeto biografiado se beneficiaría con el conocimiento más profundo de su propia historia vital. Este supuesto era importante, aunque de ningún modo nuevo; las raíces de esta actitud hacia la vida se remontan a los tiempos de los antiguos griegos. El sustrato filosófico del psicoanálisis como sistema científico general es la afirmación socrática de que «la vida sin examen es indigna del hombre». La máxima: «Conócete a ti mismo» constituye la regla directriz del tratamiento psicoanalítico.

En suma, sostengo que las observaciones de Breuer y Freud sobre la histeria, aunque expresadas en términos médico-psiquiátricos, se relacionan con determinadas pautas especiales de la comunicación humana, o, si queremos categorizar estos fenómenos como anormales o patológicos, podríamos denominarlos perturbaciones o distorsiones de la comunicación [Ruesch, 1957]. El énfasis puesto en la perturbación o distorsión distrae innecesariamente la atención de la tarea científica (cognitiva) y acentúa en demasía la necesidad de la interferencia terapéutica. Si nos atenemos estrictamente al nivel de la observación [Braithwaite, 1952], puede afirmarse que los pacientes descriptos eran sujetos desdichados o perturbados. Además, expresaban su congoja mediante los llamados síntomas corporales, que para el médico de esa época eran signos de enfermedades neurológicas. En ningún caso hubo pruebas de que la paciente (histérica) padeciera, en realidad, un trastorno anatómico o fisiológico. Por desgracia, este hecho no impidió que Breuer y Freud [1893-1895] postulasen una hipótesis parcialmente «orgánica» referente a la «causa» de esta «enfermedad».

La estructura teórica

A pesar de lo novedoso de sus descubrimientos, la orientación filosófica —o, más precisamente, la posición metacientífica— que constituía la base del pensamiento científico de Breuer y Freud no era de ninguna manera heterodoxa. En realidad, ambos estudiosos, y parece que Freud en mayor medida que Breuer, estaban imbuidos de y comprometidos con la *Weltanschauung* científica contemporánea. De acuerdo con esta opinión, la ciencia era sinónimo de física y química (se consideraba que la matemática constituía un instrumento auxiliar de estas ciencias). Se tendía a canalizar la psicología por el camino del conductismo o, en caso de que fracasara este intento, reducirla a sus llamadas bases físicas y químicas. Esta meta de reducir las observaciones psicológicas a explicaciones físicas —o, por lo menos, a «instintos»— fue defendida por Freud desde el comienzo mismo de sus estudios psicológicos, y nunca renunció a ella por completo [Szasz, 1960*a*].

¿Qué tipo de enfermedad es la histeria?

Tanto Breuer como Freud enfocaban la histeria como si fuese una enfermedad, en esencia similar a (otros) trastornos fisicoquímicos del organismo —la sífilis, por ejemplo—. Creían que la principal diferencia entre ambas residía en que las bases fisicoquímicas de la histeria eran más vagas, y, en consecuencia, más difíciles de detectar con los métodos *entonces* disponibles. Actuaban (y escribían), por lo menos en un principio, como si debieran contentarse con desempeñar un papel secundario —«tocar el segundo violín», por así decirlo—, trabajando con métodos psicológicos

de observación y tratamiento, mientras esperaban hallar una prueba fisicoquímica aplicable a la histeria y un tratamiento orgánico adecuado. Es oportuno recordar que, cuando se publicaron los «Estudios sobre la histeria» [1895], aún no se conocía la prueba de Wasserman [1906] ni se había documentado histológicamente la etiología sifilítica de la paresia general [Noguchi y Moore, 1913]. Con respecto a la psicopatología prevalecía la opinión —aún vigente— de que la tarea de detectar trastornos fisicoquímicos en la maquinaria orgánica del ser humano corresponde al médico investigador. En realidad, esto constituye una definición del rol social del investigador. Todo lo demás es un expediente temporario o *ersatz*, y está relegado a un segundo plano. Por consiguiente, la psicología y el psicoanálisis sólo merecieron un status de segunda clase en el dominio de la ciencia.

El prestigio de las explicaciones físicas en medicina y sus efectos en el psicoanálisis

A mi juicio, lo que motivó la búsqueda de la causación física de muchos fenómenos llamados psicológicos puede ser la necesidad de prestigio de los investigadores más que el deseo de lograr claridad científica. Hemos tratado en forma superficial un problema conexo cuando señalamos que la adhesión al modelo de pensamiento médico permite al psiquiatra compartir el status social inherente al rol de médico. Aquí encontramos un fenómeno similar relacionado con el prestigio científico del investigador. Puesto que los investigadores que actúan en el campo de la física gozan de un prestigio muy superior al de aquellos que se dedican a la psicología o al estudio de las relaciones humanas, a muchos psiquiatras y algunos psicoanalistas les resulta ventajoso sostener que también ellos buscan, fundamentalmente, las causas físicas o fisiológicas de la enfermedad orgánica. Esto los convierte, por supuesto, en pseudofísicos y pseudomédicos, y tiene muchas consecuencias realmente lamentables. Sin embargo, esta lucha por alcanzar prestigio imitando al «científico natural» también tuvo éxito, por lo menos desde el punto de vista social u oportunista. Al hablar de «éxito» me refiero a la amplia aceptación social de la psiquiatría y el psicoanálisis como ciencias supuestamente biológicas (y, por ende, fisicoquímicas en su esencia), y al prestigio de los profesionales que las ejercen, basado en parte en este vínculo entre lo que afirman hacer y lo que en realidad hacen otros científicos (físicos).

Este análisis implica dos consecuencias. La primera es que los métodos de investigación psicológicos y las construcciones teóricas apropiadas para ellos son legítimos desde el punto de vista científico, independientemente de las teorías y métodos de la física. La segunda es que podemos prescindir de la consideración de las causas fisicoquímicas, o de los mecanismos de la histeria —y también de otras enfermedades—, puesto que no están apoyados por pruebas basadas en la

observación, ni por necesidades lógicas [Polanyi, 1958*a*, 1958*b*].

Teoría de la conversión

Freud expuso en forma sucinta su concepción original acerca de la conversión histérica —a propósito del caso de la señorita Elizabeth von R.— en los párrafos que siguen:

«De acuerdo con el punto de vista sugerido por la teoría conversiva de la histeria, describiríamos el proceso de este modo: *la paciente expulsó de su conciencia la representación erótica y trasformó su monto de afecto en sensaciones somáticas dolorosas*» [pág. 164]. [Las bastardillas son mías].
»Esta teoría exige un examen más detenido. Podemos preguntar qué se convierte aquí en dolor físico. Una respuesta prudente podría ser esta: Algo que hubiera podido —y debido— llegar a ser *dolor psíquico*. Y si queremos arriesgarnos más e intentar representar el mecanismo ideacional por medio de una especie de exposición algebraica, podemos atribuir cierto monto de afecto al complejo ideacional de estos sentimientos eróticos que permanecieron inconscientes, y decir que *esta magnitud* (el monto de afecto) *es la que se ha convertido*» [pág. 166], [Las bastardillas son mías].

Aquí tenemos el problema de la «histeria de conversión» en *statu nascendi*. Freud preguntó: ¿Qué se convierte en dolor físico? ¿Por qué lo sufre el paciente? Y las preguntas subsidiarias serían: ¿Qué produce dolor? ¿De qué manera un conflicto, o un afecto, llega a convertirse en dolor físico?

Freud respondió recurriendo a lo que Colby [1955] denominó con acierto «metáfora hidráulica». Parece claro, sin embargo, que no se requiere una explicación tan compleja. Todo lo que se necesita es modificar la formulación de nuestras preguntas: ¿Por qué el paciente se queja de dolor? ¿Por qué el paciente se queja de su cuerpo, cuando este se halla físicamente intacto? ¿Por qué el paciente no se queja de sus dificultades personales? Si planteamos la segunda serie de preguntas, las respuestas deben formularse en función de las dificultades personales de los sujetos. En realidad, las descripciones hechas por Breuer y Freud acerca de sus pacientes ayudan a responder a estos interrogantes.

Veamos hasta qué punto complicó nuestro problema la idea de que las quejas histéricas *son síntomas* de trastornos físicos (somáticos). Freud escribió:

«El mecanismo era el de la conversión, por el cual, en lugar de los *dolores psíquicos* que se había ahorrado la paciente aparecieron *dolores físicos*, iniciando así una trasformación cuyo resultado positivo fue que la paciente eludió un *insoportable estado psíquico*, si bien a costa de una *anomalía psíquica* —la disociación de la conciencia— y de un *padecimiento físico* —los dolores— que constituyeron el punto

de partida de una astasia-abasia» [pág. 170]. [Las bastardillas son mías].

A lo largo de este párrafo —que sirve para esclarecer muchos otros—, parecería que las palabras «psíquico» y «físico» describen observaciones, cuando en realidad son conceptos teóricos utilizados para ordenarlas y «explicarlas». Sobre la base de la precedente definición freudiana de conversión, se justificaría afirmar que el problema es casi por completo epistemológico, antes que psiquiátrico. En otras palabras, no hay problema de conversión alguno, a menos que insistamos en formular nuestras preguntas de modo tal que indaguemos acerca de trastornos físicos donde, en realidad, no existen.

Las preguntas que —suponemos— se formuló Freud podrían parafrasearse así: ¿Por qué un problema psicológico adopta una forma física? ¿Cómo llega un problema psicológico a manifestarse en forma de un fenómeno físico? Estos interróganos recodifican el clásico enigma del «salto de lo psíquico a lo orgánico», enigma que el psicoanálisis, y en especial la teoría de la conversión, trataron de elucidar [F. Deutsch, 1959]. Debido a este marco conceptual, los llamados fenómenos psicológicos —como las quejas que aluden a lo somático—, y los llamados fenómenos físicos —como las alteraciones anatómicas o bioquímicas— se yuxtapusieron como si constituyesen dos caras de la misma moneda [Alexander, 1943].

Creo que este punto de vista es falso. Considero que la relación entre lo psicológico y lo físico no es una relación entre dos diferentes tipos de hechos, sino más bien un vínculo entre dos distintos modos de representación o lenguaje [Schlick, 1935; Russell, 1948]. En capítulos subsiguientes trataremos este problema en forma más detenida.

A mi juicio, los modelos clásicos de histeria y de conversión ya no son útiles para la nosología, ni para la terapia. Empero, hoy pueden existir bases sociales e institucionales para aceptar esta teoría. El concepto de histeria como enfermedad mental, y la teoría psicoanalítica de la histeria (en especial, la idea de conversión) han llegado a ser símbolos sociales para el psicoanálisis considerado como una técnica y una cofradía de carácter médico. La originaria teoría psicoanalítica de la histeria —y de la neurosis, que se ajusta de manera más o menos perfecta al mismo esquema— hizo posible que los médicos (y los científicos vinculados con ellos) mantuvieran un cuadro bastante homogéneo de las «enfermedades». De acuerdo con este sistema, las enfermedades se dividieron en somáticas y psíquicas, y estas últimas retuvieron una gran dosis de simplicidad tomada de aquellas. En este sentido, la psicoterapia también podría considerarse una actividad similar, en todos sus puntos esenciales, a las prácticas establecidas de los tratamientos medico y quirúrgico. La alternativa para este punto de vista cómodo y familiar consiste en abandonar todo el enfoque médico-fisicalista de la enfermedad mental, sustituyéndolo por perspectivas y modelos teóricos nuevos adaptados a los problemas psicológicos, éticos y sociales. El

reconocimiento explícito de la función social (institucional) de algunas nociones psiquiátricas actuales resultará fructífero para abordar, con un espíritu abierto y receptivo, el análisis minucioso y detenido de las raíces del concepto de enfermedad mental.

5. Puntos de vista contemporáneos acerca de la histeria y la enfermedad mental

«Existen poderosos intereses que tratan de mantener a la ciencia aislada en una torre de marfil, para que no influya en la vida del hombre medio. Quienes poseen tales intereses temen la repercusión del método científico en los problemas sociales. Si la escuela sirve a los fines de inculcar la creencia en ciertos dogmas —con lo cual lo que llamamos "educación" se convierte, simplemente, en un instrumento de propaganda—, y este objetivo continúa difundiéndose, ello se deberá, en cierta medida, a que la ciencia no ha sido concebida ni aplicada como único método universal para abordar con el intelecto todos los problemas». John Dewey [1938, pág. 37].

Aunque la psiquiatría se incorporó hace muy poco al campo de las ciencias, se caracteriza por una plétora de diversas teorías y prácticas antagónicas, y, algunas veces, mutuamente excluyentes. En este sentido, debemos reconocer sin ambages que la psiquiatría tiene más similitudes con la religión y la política que con la ciencia. En realidad, tanto en la religión como en la política esperamos encontrar ideologías o sistemas antagónicos. El consenso general acerca del manejo práctico de los asuntos humanos y de los sistemas éticos que entran en juego para gobernar y justificar determinados métodos de formación de grupos se consideran, simplemente, índices del éxito político de la ideología dominante. Las cuestiones relacionadas con la teoría científica —y, en cierta medida, con la práctica científica— no interesan, por regla general, a poblaciones enteras. En tales asuntos no cabe esperar, pues, un consenso en gran escala. Al mismo tiempo, no es habitual que los científicos discrepen de manera amplia y persistente acerca de las explicaciones y prácticas apropiadas para sus áreas específicas de Competencia. Así, por ejemplo, hay poco desacuerdo entre los hombres de ciencia con respecto a las teorías físicas, bioquímicas o fisiológicas, aun cuando cada uno de ellos pueda profesar distintas religiones (o no tener ninguna) y ser miembro de diferentes grupos nacionales. Esto no es válido para la psiquiatría.

Al estudiar la conducta humana enfrentamos el hecho desconcertante de que las teorías psiquiátricas son casi tan numerosas y variadas como los síntomas psiquiátricos. Esto no solo es cierto en las perspectivas histórica e internacional, sino también dentro de la esfera de cada nación. Así, es particularmente difícil describir y comparar, por ejemplo, la psiquiatría norteamericana y la inglesa, o la norteamericana y la suiza, porque ninguno de estos países presenta un frente unido desde el punto de vista psiquiátrico. No podemos tratar aquí las razones de este estado de cosas y sus importantes consecuencias para nuestros esfuerzos tendientes a estructurar una ciencia psiquiátrica respetable en el plano internacional. Sólo quisiera recalcar que, a

mi juicio, gran parte de la dificultad para formular una teoría coherente de la conducta humana reside en nuestra incapacidad —o, algunas veces, nuestra renuencia — para separar la descripción de la prescripción. Preguntas como: «¿cuáles *son* las relaciones entre sociedad e individuo?»; «¿cómo *están* constituidos los hombres?», o «¿cómo *actúan*?», pueden y deben separarse de este tipo de preguntas: «¿cuáles *deben* ser la relaciones entre sociedad e individuo?», o «¿cómo *debe* actuar los seres humanos?».

Dewey [1938] y otros subrayaron que la educación puede utilizarse, no solo para enseñar conocimientos y habilidades, sino también para crear cohesión grupal y sentimiento comunitario. Tal vez no sea mera casualidad que este problema se plantee de manera más aguda en las disciplinas que se ocupan de estudiar el comportamiento humano —y, entre ellas, en particular la psiquiatría, la cual debe abordar por fuerza los aspectos normativos de la conducta personal.

Concepciones psicoanalíticas

Fenichel [1945] coincide con *la* mayoría de los autores psicoanalíticos al distinguir entre histeria de angustia e histeria de conversión. Describió la histeria de angustia, que también es sinónimo de fobia, como el «compromiso más simple entre el impulso y la defensa» [pág. 194]; la angustia que pone en acción el mecanismo de defensa se manifiesta, en tanto se reprime la «razón de la angustia». En otras palabras, el sujeto experimenta angustia sin saber por qué. Fenichel ilustra el dinamismo de este proceso citando el ejemplo de las simples fobias infantiles: «Los niños pequeños temen que se los deje solos pues esto significa para ellos que ya nadie los quiere» [pág. 196]. El punto esencial del dinamismo de la histeria de angustia se revela aquí, simplemente, como una igualación, por parte del niño, de las experiencias de soledad y de falta de cariño. Como se considera normal que los niños se sientan angustiados cuando no se los quiere, esta reacción no se define como una entidad nosográfica de naturaleza psicopatología. Empero, parecería que el hecho de quedar solo, *per se*, no es causa suficiente para sentir angustia. Por consiguiente, si se produce una reacción de este tipo, debe estar motivada por alguna otra causa. Se sugiere, entonces, que es el *significado* de quedar solos lo que provoca la «reacción anormal».

La reacción de angustia del niño ante el hecho de que lo dejen solo permite dos interpretaciones por lo menos. Primero, puede considerársela patológica (o «inadecuada») si se supone que revela una excesiva tendencia a sentirse privado de cariño —debido, quizás, a muchas experiencias reales de rechazo—. Segundo, es posible considerarla normal (o «adecuada») si se ve en ella una expresión de la capacidad del niño para aprender y simbolizar, y, por ende, establecer conexiones entre situaciones que, desde una perspectiva superficial, parecen más o menos disímiles. De acuerdo con este criterio, las fobias, y casi todos los demás «síntomas

psicológicos», son similares a las hipótesis científicas. Ambos tipos de fenómenos —esto es, «elaborar síntomas psíquicos», así como elaborar hipótesis— se basan en la fundamental tendencia humana a construir representaciones simbólicas y utilizarlas como guía de la conducta ulterior.

En su estudio sobre la histeria de conversión, Fenichel [1945] utilizó constantemente esa mezcla de lenguaje físico y psicológico que he criticado. Hablaba, por ejemplo, de «funciones físicas» que proporcionan expresión inconsciente a «impulsos instintivos» reprimidos [pág. 216]. Aquí, como en el caso de los escritos de Breuer y Freud, los síntomas corporales («dolor histérico») o las comunicaciones por medio del comportamiento somático (no verbal: gestos, «parálisis histérica», etc.) se describían en forma errónea como alteraciones de las funciones físicas. Creo que el núcleo del problema reside en que, en la histeria de conversión, el síntoma se refiere al cuerpo del paciente, mientras que en la histeria de angustia señala una situación humana (la soledad en una habitación a oscuras).

La importancia de los errores epistemológicos no reconocidos en el concepto de histeria se pone de manifiesto en el siguiente análisis de Fenichel de un caso de dolor histérico:

«La paciente sufría dolores en el bajo vientre. El dolor repetía sensaciones que había experimentado cuando niña durante un ataque de apendicitis. En esa oportunidad fue tratada con desacostumbrada ternura por su padre. *El dolor abdominal expresaba, a la vez, el anhelo de sentir de nuevo la ternura del padre y el temor a una operación aún más dolorosa, consecutiva al cumplimiento de ese anhelo*» [pág. 220].

Consideremos, en contraposición, un relato del mismo tipo de fenómeno, descrito por Woodger [1956], acerca de una joven que comenzó a sentir dolores abdominales y consultó a un cirujano.

«El cirujano aconsejó practicar apendicectomía. La operación se llevó a cabo, pero después del restablecimiento y la convalecencia la joven empezó a quejarse de nuevo de dolores abdominales. Esta vez se le aconsejó que consultara a un cirujano, con vistas a un tratamiento que eliminara las adherencias resultantes de la primera operación. Pero el segundo cirujano derivó a la muchacha a un psiquiatra, cuyas investigaciones revelaron que, a raíz del tipo de educación que había recibido, la joven creía en la posibilidad de quedar embarazada si la besaban. El primer dolor abdominal apareció después que la besó un estudiante, durante sus vacaciones. Una vez restablecida de la operación quirúrgica, esta muchacha recibió otro beso del mismo estudiante, lo cual produjo un resultado similar» [pág. 57].

En la formulación psicoanalítica del *dato proveniente de la observación* —dolor abdominal— hay una permanente intrusión de abstracciones que expresan actitudes filosóficas preformadas del observador.

Así, Fenichel se refirió —en un pasaje anterior no citado— al «dolor físico original», contraponiéndolo al dolor actual, quizá de carácter «histérico». Procedió luego a interpretar el «dolor abdominal» como el «anhelo de gozar de la ternura del padre». De este modo, omitió por completo el crucial problema de la validación. En otras palabras, ¿no podría darse el caso de que el dolor abdominal de la paciente se debiera, por ejemplo, a un embarazo ectópico, y que además significara que anhelaba el cariño de su padre?

El problema de determinar si el «significado» del dolor podría ser también su «causa», y, si lo fuese, en qué sentido, es mucho más complejo que lo que admitiría la teoría psicoanalítica de la histeria. Según esta, algunos dolores son «orgánicos», y otros, «histéricos». Por consiguiente, un anhelo, un deseo, una necesidad —y, de manera general, todos los tipos de «significados» psicológicos— se consideran «agentes causales» similares, en cualquier sentido significativo, a los tumores, fracturas y otras lesiones corporales. Nada podría ser más engañoso, sin embargo, puesto que los tumores y fracturas pertenecen a una clase lógica, mientras que los deseos, aspiraciones y conflictos corresponden a otra [Ryle, 1949]. Esto no quiere decir que las motivaciones psicológicas nunca puedan considerarse «causas» de la conducta humana, pues es evidente que este suele ser un medio útil de describir el comportamiento social. No obstante, debemos tener en cuenta que mi deseo de ver una obra dramática es la «causa» de que vaya al teatro, en un sentido muy distinto del que atribuimos a las «leyes causales» en física [Schlick, 1932; Peters, 1958].

Glover [1949] se atuvo también a la habitual clasificación psiquiátrica de histeria y afirmó que «existen dos tipos principales, la histeria de conversión y la histeria de angustia» [pág. 140], Con esto quiso significar que la «histeria» es una entidad natural antes que una abstracción o un constructo teórico hecho por el hombre. Empleó, asimismo, un lenguaje físico y psicológico mixto: hablaba, por ejemplo, de «síntomas físicos» y de «contenidos psíquicos». Por lo tanto, las críticas arriba mencionadas se aplican también a sus escritos.

Con todo, una de las formulaciones de Glover constituye un aporte nuevo y merece especial atención. Se trata del concepto, ampliamente aceptado hoy por los psicoanalistas, de que los síntomas de conversión poseen un «contenido psíquico específico», lo cual no ocurre con los llamados síntomas psicosomáticos [págs. 140-41]. A pesar de su utilidad, esta distinción podría formularse de manera más simple equiparando los primeros a las acciones y los segundos a los acontecimientos. En otras palabras, los síntomas de la histeria de conversión son signos intencionales, trozos de conducta destinados a trasmitir un mensaje. Por eso deben considerarse comunicaciones. En cambio, los síntomas psicosomáticos —p. ej., la úlcera péptica o la diarrea— son hechos de naturaleza física (fisiopatológica) y, como tales, no intentan ser comunicaciones. No obstante, algunos observadores —que pueden ser, según el caso, sagaces y lúcidos, o estar equivocados, e incluso engañados— pueden interpretarlos como signos. Por lo tanto, los síntomas psicosomáticos (de esta clase)

—como casi todos los tipos de acontecimientos— no se consideran necesariamente comunicaciones; pero, puesto que no todas las comunicaciones son intencionales, los síntomas psicosomáticos también se pueden interpretar de manera válida como mensajes de un tipo determinado.

Este punto de vista está implícito en los ensayos psicoanalíticos clásicos de Freud y Ferenczi. Las posibilidades comunicacionales de todo tipo de enfermedades (y no solo de unas cuantas designadas con el rótulo de psicosomáticas), tanto para el diagnóstico como para el tratamiento, constituyeron un estímulo para que Groddeck [1927, 1934] sugiriera interpretaciones trascendentes y a veces fantásticas de estos fenómenos. Aunque las ideas de Groddeck no estaban sistematizadas ni verificadas de manera científica, fueron precursoras de desarrollos subsiguientes que condujeron a una apreciación más acertada de la importancia de la comunicación en toda conducta humana.

A comienzos de la década de 1930, los psicoanalistas empezaron a subrayar cada vez más la llamada psicología del yo, lo cual significaba, entre otras cosas, hacer hincapié en la conducta interpersonal de comunicación antes que en las necesidades instintivas y sus vicisitudes. Casi en la misma época, Sullivan estimuló un enfoque explícitamente sociológico-interpersonal y comunicacional para la psiquiatría, y sobre todo para la psicoterapia. Fue, así, punta de lanza para una tendencia que llegó a hacerse general en psicoanálisis. Me refiero al reconocimiento cada vez más explícito de que las experiencias y relaciones humanas —y en especial, las comunicaciones humanas— constituyen los aspectos observables más significativos de los que se ocupan los psicoanalistas y psiquiatras de orientación psicosocial.

Si bien considero que la contribución total de Sullivan a la psiquiatría es impresionante, parecería que muchas de sus primeras formulaciones teóricas, en especial aquellas que se refieren a los síndromes psiquiátricos, fueron modificaciones, antes que perfeccionamientos, de las concepciones freudianas. En su obra *Conceptions of modern psychiatry* [1947], por ejemplo, Sullivan sugirió esta definición de histeria:

«La histeria, trastorno psíquico al cual tienden en particular los sujetos absortos en sí mismos, es la distorsión de las relaciones interpersonales que resulta de grandes amnesias» [pág. 54].

La descripción de las maniobras histéricas interpersonales hecha por Sullivan, aunque exenta de las interpretaciones fisiologistas de la conducta, está sujeta a las mismas críticas que el concepto psicoanalítico tradicional. Sullivan también se refería a la histeria como si fuera un trastorno mental, una entidad nosográfica. Creía, además, que las amnesias provocaban dicho trastorno. Pero ¿cómo podía ser la amnesia «causa» de la histeria? Esto es lo mismo que decir que la fiebre «causa» la neumonía. Por otra parte, esta formulación de Sullivan no era más que una

modificación de la clásica sentencia de Freud [1910*a*], de que los «pacientes histéricos padecen de reminiscencias» [pág. 16], No cabe ninguna duda, por supuesto, de que tanto Freud como Sullivan estuvieron en lo cierto al identificar los recuerdos dolorosos («traumáticos»), su represión y su persistente vigencia como factores antecedentes significativos en la conducta personal y social de los individuos histéricos. En su trabajo ulterior, Sullivan [1956] describió la histeria como una forma de comunicación, y sentó las bases para considerarla un tipo especial de conducta lúdicra. Examinaremos de nuevo las opiniones de Sullivan acerca de la histeria cuando presentemos la teoría del modelo del juego aplicada a este fenómeno (cap. 15).

Fairbaim [1952] fue uno de los exponentes más satisfactorios de una formulación firmemente psicológica de los problemas psiquiátricos. Al subrayar que el psicoanálisis se ocupa, sobre todo, de las observaciones y los enunciados acerca de las relaciones objetales, reformuló gran parte de la teoría psicoanalítica desde la ventajosa posición de este enfoque psicológico (y, por ende, comunicacional) del yo. En su artículo «Observations on the Nature of Hysterical States» [1954], Fairbaim escribió:

«La conversión histérica es, desde luego, una técnica defensiva, destinada a impedir la emergencia consciente de conflictos emocionales en los que entran en juego relaciones objetales. Su característica esencial y distintiva es *la sustitución de un problema personal por un estado corporal*; y esta sustitución permite que el problema personal se ignore como tal» [pág. 117].

Coincido con esta explicación simple, pero precisa. De acuerdo con este punto de vista, la característica fenomenológica distintiva de la histeria es la sustitución de comunicaciones relativas a problemas personales mediante el *lenguaje ordinario por un «estado corporal»* [Fairbaim]. Como resultado de esta trasformación («traducción»), cambian el contenido y la forma del discurso. El contenido cambia de los problemas personales a los problemas corporales, mientras la forma lo hace del lenguaje verbal (lingüístico) al lenguaje corporal (gestual).

Por lo tanto, es conveniente ver a la conversión histérica como un proceso de traducción, concepto que fue sugerido primero por Freud. Sin embargo, fueron Sullivan y Fairbaim quienes impulsaron la apreciación más completa de los aspectos comunicacionales de todos los tipos de acontecimientos que se encuentran en las esferas psiquiátrica y psicoterapéutica.

Teorías organicistas de la histeria

No intento pasar revista a las principales teorías organicistas —esto es, bioquímicas, genéticas, fisiopatológicas, etc.— de la histeria. Sólo me limitaré a exponer mi

posición con respecto a estas teorías —y a la enfermedad mental en general— y su relación con el presente trabajo. Muchos médicos, psiquiatras, psicólogos y otros científicos creen que las enfermedades mentales tienen causas orgánicas. Quisiera aclarar que no pienso, desde luego, que las relaciones humanas, o los hechos psíquicos, se desarrollan en un vacío neurofisiológico. Toda forma de actividad humana se puede describir, en principio, en función de acontecimientos químicos o eléctricos que se producen en los organismos de los participantes. Por consiguiente, cabe sostener que si una persona —un inglés, por ejemplo— decide estudiar francés, a medida que aprende el idioma se producirán cambios químicos, o de otro tipo, en su cerebro. No obstante, creo que sería un error inferir, a partir de este supuesto —incluso si fuera posible verificarlo, lo que aún no se ha hecho—, que los enunciados científicos más significativos acerca de este proceso de aprendizaje se expresan en el lenguaje de la física. Sin embargo, esto es exactamente lo que alega el organicista.

A pesar de la amplia aceptación social que alcanzó el psicoanálisis en Estados Unidos, hay un vasto círculo de médicos y científicos de disciplinas afines cuya posición básica respecto del problema de la enfermedad mental concuerda esencialmente con el famoso aforismo de Carl Wernicke: «Las enfermedades mentales son enfermedades cerebrales». Como esto es cierto en el caso de la paresia y de las psicosis asociadas con tumores cerebrales o intoxicaciones sistemáticas, se argumentó que también era válido para todas las demás enfermedades mentales. De aquí se desprende que solo sería cuestión de tiempo descubrir las verdaderas bases (o «causas») fisicoquímicas e incluso genéticas, de estos trastornos psíquicos [v. gr., Pauling, 1956]. Cabe concebir, por supuesto, que encontraremos perturbaciones fisicoquímicas significativas en algunos pacientes (y «estados») clasificados ahora en forma vaga como enfermedades mentales. Esto puede ser particularmente probable en el grupo general catalogado en la actualidad con el diagnóstico de «esquizofrénico». Creo, no obstante, que el modelo de la paresia es solo uno de los muchos modelos explicativos útiles y necesarios en el trabajo psiquiátrico. Sabemos hoy que no todas las enfermedades corporales las producen los agentes microbianos, como se creyó erróneamente durante el apogeo de la bacteriología. De modo similar, no hay razones para pensar que la causa de todas las enfermedades mentales son las afecciones cerebrales.

Es importante diferenciar claramente dos posiciones epistemológicas. La primera, el fisicalismo extremo, afirma que solo la física y sus ramas pueden considerarse ciencias [J. R. Weinberg, 1950]. Por consiguiente, es necesario formular todas las observaciones posibles en el lenguaje de la física. La segunda posición —una especie de empirismo liberal— reconoce varios métodos y lenguajes legítimos en el campo de la ciencia [Mises, 1951]. Puesto que diferentes tipos de problemas requieren distintos métodos de análisis, los partidarios de este punto de vista no solo toleran una diversidad de métodos y expresiones (lenguajes) científicos, sino que la consideran una condición *sine qua non* de la ciencia. Según esta posición, el valor (y, por ende,

la legitimidad científica) de todo método o lenguaje particular depende de su utilidad pragmática, más que del grado en que se aproxima al modelo ideal de la física teórica.

Es conveniente recordar que ambas actitudes hacia la ciencia descansan en determinados juicios de valor. El fisicalismo —y sus variaciones— afirma que todas las ciencias deben parecerse en lo posible a la física. Si aceptamos este punto de vista, consideraremos que las bases físicas (las cuales incluyen, en el caso de la medicina, las bases química, fisiológica, etc.) de las acciones humanas son las más significativas. En cambio, el segundo tipo de actitud científica, sea que lo llamemos empirismo, pragmatismo, operacionalismo, etc., pone el acento en el valor de la utilidad instrumental, es decir, en el poder para explicar lo observado e influir en ello. Si las teorías psicosociales de las actividades humanas resultan útiles para explicar la conducta humana e influir en ella, debería acordarse a las ciencias psicosociales y sus teorías una posición relativamente significativa en este sistema de valores.

Hago hincapié en estas consideraciones porque creo que la mayoría de los partidarios de la posición organicista en psiquiatría defienden un sistema cuyos valores desconocen. Por lo tanto, dan a entender que para ellos solo es científica la física —y sus ramas—, pero en vez de afirmarlo en forma clara y explícita, sostienen que se oponen a las teorías psicosociales porque son falsas. El lector encontrará ejemplos ilustrativos de este tipo de trabajo en las obras de Purtell, Robins y Cohen [Purtell y otros, 1951; Robins y otros, 1952], Estos investigadores afirmaron:

«Según indican los resultados de esta investigación, parece apropiado sugerir que se podría llegar al *diagnóstico* de histeria siguiendo el *procedimiento estándar* utilizado en el campo general de la *medicina diagnóstica*, esto es, determinarlo los hechos de la afección principal, la histeria pasada, el examen físico y la investigación de laboratorio. Si se conocen los síntomas correspondientes a la histeria, *cualquier médico* podrá aplicar este método sin emplear técnicas especiales, interpretaciones de sueños o la larga investigación de *conflictos psicológicos*. Estos estudios no ofrecen información acerca de la *causa* de la histeria o de los mecanismos sintomatológicos específicos. *Se cree que estos son desconocidos*. Se piensa, además, que serán descubiertos mediante la *investigación científica* y no por medio de la aplicación de *métodos no científicos* —como la discusión pura, la especulación, el razonamiento adicional basado en aforismos de “autoridades”, o “escuelas filosóficas”—, o del empleo de términos indefinidos tan pretenciosos como “inconsciente”, “psicología profunda”, “psicodinámico”, “psicosomático” o “complejo de Edipo”, y que la investigación fundamental debe descansar en una firme *base clínica*» [Purtell y otros, 1951, pág. 909]. [Las bastardillas son mías].

Esperamos que las quejas de los autores contra el psicoanálisis no distraigan la atención del lector, impidiéndole advertir que aquellos, de modo tácito, definieron la

ciencia de manera que las disciplinas ajenas al campo de la física quedaran excluidas de su esfera. Como definición, es legítima, aunque los científicos contemporáneos ya no la comparten. Es menester llegar a la conclusión de que el psiquiatra de orientación psicológica y su colega organicista no hablan el mismo lenguaje, ni tienen iguales intereses, aunque muchas veces formen parte de las mismas organizaciones profesionales. No es extraño, entonces, que no tengan nada bueno que decirse, y que solo se comuniquen entre sí para atacar el trabajo y las opiniones del otro.

Posiciones psiquiátricas europeas

Como en la sección precedente, no nos proponemos examinar las contribuciones específicas al problema de la histeria o la enfermedad mental, sino comentar de manera sucinta las principales posiciones que predominan en Europa acerca de la psiquiatría.

El panorama psiquiátrico de la Europa contemporánea se caracteriza, en parte, por algunas consecuencias de lo que denominamos doble norma en psiquiatría. La división de la neuropsiquiatría en los enfoques orgánico y psicosocial, ocurrida cuando surgió la psiquiatría moderna, fue un verdadero divorcio —hablando en términos metafóricos—, que dejó como secuela un hogar gravemente desintegrado. Algunos hijos de este medio aún no se recuperaron de los efectos de su origen traumático. Esto se aplica, en especial, a la psiquiatría europea. La idea de que la psiquiatría aborda problemas puramente médico-neurológicos jamás fue aceptada del todo en Estados Unidos, debido en gran parte a la influencia de hombres como George Herbert Mead, Adolph Mever y Harry Stack Sullivan. En Europa, sin embargo, nunca se cerró la brecha entre psiquiatría médico-fisiológica y psiquiatría psicohumanista. En consecuencia, ambos puntos de vista —y algunas posiciones intermedias— prevalecieron y ganaron aceptación.

En las escuelas médicas europeas predomina la orientación neuropsiquiátnca o principalmente orgánica [Laughlin, I960]. El psicoanálisis (Freud) y la psicología analítica (Jung) no están representados en absoluto, o solo lo están en pequeña medida. Stierlin [1958] estudió las posiciones psiquiátricas antagónicas referentes a las psicosis que predominan en Europa y Estados Unidos. En Europa —sobre todo en los círculos universitarios, excepto los de Gran Bretaña— se aplica la concepción fisicalista de la ciencia como un medio de defensa permanente contra el contacto humano demasiado estrecho con el enfermo mental. La convicción de que los pacientes psicóticos padecen enfermedades mentales que manifiestan estados cerebrales patológicos —cualquiera sea su mérito científico— resulta útil para los psiquiatras que se niegan a ver y considerar los problemas personales y sociales de sus pacientes. Karl Jaspers, Kurt Schneider y la mayoría de los principales psiquiatras germanos contemporáneos aprueban la tesis de que la paresia es el prototipo de todas

las enfermedades mentales. «En el curso de este desarrollo —escribió Stierlin—, la psiquiatría casi llegó a convertirse en una rama de la neurología. Incluso ahora el departamento psiquiátrico se halla fusionado con la clínica neurològica en casi todos los hospitales universitarios alemanes» [pág. 142], Un reciente trabajo de Kinberg [1958], referente a la psiquiatría sueca, apoya la descripción de Stierlin acerca del actual estado de cosas.

Es curioso que gran parte de los círculos psiquiátricos organicistas —y muchos psicoanalistas— sostengan la idea de que solo (o principalmente) las psicosis se deben a enfermedades cerebrales hasta ahora desconocidas, mientras que los problemas vitales menores, que se manifiestan por perturbaciones sociales menos espectaculares que las que caracterizan a las psicosis clásicas, serían de naturaleza psicosocial. Es necesario reconocer que esta distinción, aunque quizá parezca razonable, carece totalmente de bases lógicas o empíricas. Considerar que los trastornos vitales «menores» son problemas de aprendizaje, de relaciones humanas, etc., y casi todos los trastornos «mayores», consecuencia de una enfermedad cerebral, parece ser un ejemplo bastante simple de expresión de deseos.

En contraste con los enfoques organicistas (neuropsiquiátricos), que predominan sobre todo en los colegios médicos y clínicas universitarias, hay otras tres escuelas de pensamiento que merecen particular atención: el psicoanálisis (freudiano), la psicología analítica (junguiana) y el análisis existencial (*Daseinsanalyse*). Existen sociedades psicoanalíticas, afiliadas a la Asociación Psicoanalítica Internacional, en estos países europeos: Austria, Bélgica, Gran Bretaña, Dinamarca, Francia, Alemania, Holanda, Italia, Suecia y Suiza. Si excluimos el grupo británico, el número total de miembros de las restantes sociedades no alcanzan a 250. Es evidente que se trata de una cifra muy pequeña, no solo en términos absolutos, sino más aún como porcentaje de la población total de los países representados. Sean cuales fueren las razones, en la Europa continental el psicoanálisis sigue siendo una especialidad psicoterapéutica cuya influencia general es relativamente pequeña. Otra diferencia entre el psicoanálisis europeo y el norteamericano (pero no entre el europeo y el británico) es que *solo* en Estados Unidos el psicoanálisis ha sido definido como especialidad médica. Si bien parece que los médicos son los candidatos predilectos en todas partes, un significativo porcentaje de psicoanalistas europeos carecen formación médica.

Mientras que el psicoanálisis se desarrolló mucho más en Estados Unidos que en Europa, la influencia de Jung fue considerablemente mayor en esta. La psicología analítica se separó —aún más que el psicoanálisis (europeo)— de la medicina, aliándose con la psicología, la pedagogía y las humanidades. Entre los analistas junguianos, los médicos constituyen una minoría. Debido, quizás en parte, a esta razón, el rol de la psicología analítica —como el del psicoanálisis europeo— consistió en satisfacer las necesidades de la psicoterapia realizada en consultorios privados. Su influencia en la psiquiatría hospitalaria y la educación psiquiátrica fue

pequeña.

El análisis existencial es la tercera escuela no organicista importante de la psiquiatría europea [Binswanger, 1956; May, Angel y Ellenberger, 1958], Al igual que la psicología junguiana, esta escuela se separó por completo de la medicina, aunque algunos de sus adherentes son médicos. Hacemos hincapié en este hecho para subrayar el profundo abismo que separa los enfoques psiquiátricos organicista y psicosocial en Europa. Si bien se apropiaron en forma liberal de los conceptos freudiano, junguiano y adleriano, los analistas existenciales y los psiquiatras de orientaciones conexas —los psiquiatras fenomenológicos, por ejemplo— parecen haber repudiado incluso sus vínculos con la psicología y la sociología. La psicología existencial, como yo la veo, es una especie de formación reactiva ante el fisicalismo extremo de la psiquiatría europea tradicional. Empero, al oponerse a esta visión deshumanizada del hombre [May, 1958], los psicólogos existenciales abandonaron no solo la medicina, sino también las ciencias psicosociales, incorporándose, en cambio, a un movimiento filosófico de dudoso valor científico y moral [Niebuhr, 1958].[1] Como resultado, sus puntos de vista acerca de la vida humana llegaron a adquirir características algo místicas, las cuales atrajeron más a las personas de tendencias teológicas que a aquellas con predisposiciones científicas. Considero muy significativo que la psiquiatría existencial —al igual que la psiquiatría claramente europea, de orientación humanista— no atribuyese importancia a las investigaciones de Jung y Piaget, los dos grandes psicólogos europeos, y se inspirase, en cambio, en Kierkegaard y Heidegger [Kuhn, 1950],

El análisis existencial, en tanto aborda el problema del lugar que corresponde al hombre en el universo, es un medio pesado, y a menudo pomposo, de dar sentido científico a cuestiones referentes al cómo y al porqué de la vida humana [Barrett, 1958], A la luz del empirismo y la filosofía moderna [Feigl y Sellars, 1949], parecería que el existencialismo es solo un nuevo nombre para designar una investigación llevada a cabo, desde hace un tiempo, por antropólogos, lingüistas, filósofos, éticos, psicólogos, psiquiatras y sociólogos. El análisis existencial, en tanto estudia la conducta y las experiencias humanas, y en la medida en que usa los métodos de la psicología (psicoanalítica) —esto es, la comunicación verbal, la empatía, la reconstrucción histórica, etc.—, es una rama de la ciencia perteneciente al subgrupo de las disciplinas psicosociales. Es, por lo tanto, una ciencia empírica, sin ser, al mismo tiempo, una ciencia física[2].

Aunque este no es el lugar adecuado para evaluar en forma crítica la importancia del análisis existencial para la psiquiatría, quisiera poner punto final diciendo que, a mi juicio, los exponentes de esta escuela de pensamiento parecen ignorar las significativas contribuciones de la psicología social [v. gr., Dewey, 1922; Mead, 1934, 1938; Newcomb, 1951], el empirismo [Bridgman, 1936; Russell, 1945, 1948] y la filosofía del movimiento científico [Frank, 1941; Kemeny, 1959; Rapoport, 1954]. Muchas dificultades a las que se aferraron los psiquiatras existencialistas fueron ya

reconocidas y superadas.

Este panorama general de las diversas actitudes hacia la enfermedad mental, y de las teorías correspondientes a ella, ilustran algunos problemas que deben superarse sin demora para que sea posible llegar a un consenso científico satisfactorio acerca de las explicaciones de la conducta humana. Para alcanzar este objetivo, será necesario, en primer lugar, esclarecer los problemas, actividades y enunciados psiquiátricos, y, en segundo término, analizar y elucidar las relaciones entre la ética, la religión y las ciencias de la conducta humana, una de las cuales es la psiquiatría.

6. Histeria y medicina psicosomática

«El llamado "problema psicofísico" surge del empleo combinado de ambos modos de representación en una misma oración. Se ponen juntas palabras que, cuando se usan de manera correcta, pertenecen en realidad a idiomas diferentes». Moritz Schlick [1935, pág. 403].

El concepto de histeria de conversión, originado en psiquiatría y psicoanálisis, influyó en el ámbito de la medicina por su repercusión en lo que se ha dado en llamar «medicina psicosomática». Ésta área de límites ambiguos se halla, por así decirlo, entre el psicoanálisis y la psiquiatría por un lado, y la medicina por el otro. Puesto que el concepto de conversión se encuentra en la base misma de la teoría de la medicina psicosomática, mis críticas a aquel —si son válidas y aceptables— contribuirán a esclarecer determinados problemas de esta última, que descansan en dicho concepto y lo utilizan.

Conversión y «psicogénesis»

El concepto de conversión histérica fue la primera respuesta de la psiquiatría moderna a quienes preguntaban cómo influye la mente en el cuerpo humano. Como ya lo expresé antes, coincido con quienes consideran que esta pregunta no está bien estructurada.

Con el fin de examinar el llamado problema de la «psicogénesis de los síntomas orgánicos», debemos preguntar primero qué es un «síntoma orgánico». El significado de este término sólo se puede inferir de las distintas formas en que lo utilizaron los psiquiatras y otros estudiosos. El término «síntoma orgánico» se aplicó a tres clases de fenómenos. La primera designa *malestares corporales*: dolores, picazón o palpitaciones, por ejemplo. En medicina, suelen conocerse con el nombre de «síntomas», para distinguirlos de los «signos», que constituyen la segunda categoría. Para ser más precisos, se trata, en este caso, de *signos corporales o comunicaciones no verbales* (v. gr., tos, paso inseguro, tics, etc.). El término «síntoma orgánico» puede referirse, por último, a las pruebas de alteraciones funcionales o estructurales del organismo, *obtenidas mediante métodos de observación especiales*. A este grupo corresponde la auscultación del murmullo cardíaco, la medición de la presión sanguínea y diversas observaciones fisicoquímicas y fluoroscópicas. Los médicos, así como los científicos conductistas, suelen designar a todos estos fenómenos —e incluso a una cuarta clase, *la inferencia de un trastorno corporal*— con el nombre de «síntomas orgánicos». Esta especie de vaguedad lógica y semántica impide un análisis científico exacto del problema que es necesario abordar. Examinemos en

forma breve en qué se diferencian estas categorías entre sí y cómo se interrelacionan.

Desde el punto de vista médico, los malestares corporales (síntomas), los signos corporales o comunicaciones no verbales (signos) y el registro de exámenes especiales (tests) comparten la característica de que atañen a la esfera de la observación. Los dos primeros implican observaciones visuales y auditivas, excluyendo el uso de cualquier otro elemento auxiliar, mientras que el tercero requiere el empleo de diversos procedimientos que ayuden a nuestros órganos sensoriales. Las quejas relativas a malestares corporales se observan mediante el oído: el paciente informa al médico acerca de ellos. Los signos corporales se observan, principalmente, por medio de la vista: el paciente muestra, por así decirlo, determinados tipos de comportamientos corporales, como la cojera, por ejemplo. Estas dos clases son, por lo tanto, muy similares. Solo difieren con respecto al equipo sensorial utilizado para percibir los mensajes.

Los síntomas y signos —tal como se usan estos términos en medicina— guardan entre sí la misma relación que mantienen las palabras escritas y habladas. Esta relación parecería ser poco apreciada. En cambio, se afirma por lo general que, para realizar el diagnóstico, los signos corporales son indicios mucho más exactos y confiables que los síntomas. Esto es cierto solo si se considera que a la mayoría de la gente le resulta más fácil mentir que fingir, es decir, imitar una enfermedad. Empero, no es forzoso que siempre sea así, y no existe prueba lógica alguna —las empíricas son pocas— que apoye la creencia en la superioridad (en el sentido de veracidad) de los signos respecto de los síntomas corporales. Ambos pueden ser falsificados. Y, en los dos casos, solo es posible hacer un diagnóstico de enfermedad (en el sentido de trastorno corporal) infiriendo a partir de las observaciones.

La tercera clase se compone también de registros de observaciones [Woodger, 1956, pág. 16] obtenidos mediante técnicas que complementan las observaciones visuales y auditivas. Así, los resultados de los llamados tests no tienen una diferencia lógica con respecto a las observaciones directas del paciente. Desde el punto de vista empírico, pueden ser mucho más refinados y constituyen fuentes de inferencia más seguras. Los tests, y algunos signos corporales, poseen esta característica: permiten realizar observaciones que eluden el yo o la mente del paciente. Siendo así, puede afirmarse con certeza que los tests no mienten, o no dan información errónea en forma deliberada. (Sin embargo, pueden hacerlo quienes los administran o registran). Por consiguiente, si bien podemos eliminar la mentira o el fingimiento del paciente mediante tests apropiados, no podemos excluir la posibilidad de error. Una zona oscura en una radiografía de tórax puede interpretarse como un signo de tuberculosis, mientras que en realidad podría ser una señal de coccidiomicosis o, incluso, consecuencia de un artificio técnico. Se supone a veces que los tres tipos de observaciones señalan las «causas» subyacentes a los trastornos corporales. Este supuesto no se justifica. Debemos reconocer que las observaciones correspondientes a las funciones corporales, por una parte, y el concepto de trastorno o enfermedad

corporal, como la hipertensión o la úlcera duodenal, por otra, pertenecen a dos categorías totalmente distintas. Las primeras son observaciones, las segundas, inferencias. La relación entre observación e inferencia es la misma que existe en las demás ciencias empíricas. Como hechos singulares, las inferencias pueden verificarse o invalidarse —p. ej., cuando un cirujano opera una úlcera péptica—. Estos hechos concretos son, empero, simples elementos de una clase más interesante desde el punto de vista científico: la de las generalizaciones (o hipótesis). La afirmación: «Todas las personas que se quejan de cierto tipo de dolor abdominal (…) sufren de úlcera de duodeno», es un ejemplo de generalización basada en muchas observaciones aisladas.

Todos estos hechos son bien conocidos. El paso siguiente muchas veces se ignora o no se comprende: el vínculo esencial que existe entre observación e inferencia es la relación de regularidad. Al decir esto, sólo he expuesto la concepción moderna de causalidad, que no es otra cosa que la observación de regularidades persistentes [Schlick, 1932], Aquí reside la distinción entre causación física (científica) y volición humana: la primera describe regularidades recurrentes, en tanto la segunda influye para que suceda algo. Así, las úlceras duodenales no compelen a sentir dolor, pero por regla general se presentan acompañadas de dolores. En este análisis queremos subrayar, como punto esencial, que no existe una correlación firme y directa entre las observaciones de la función corporal y las inferencias referentes a la enfermedad.

No obstante, algunas observaciones son, sin duda, más valiosas que otras. Por consiguiente, en la actualidad, cuando se trata de casos complejos, rara vez se infiere la presencia de un trastorno corporal sobre la base de observaciones de síntomas y signos. En cambio, en los casos obvios o comunes, pueden bastar estas observaciones simples y directas. Cuando vemos que un hombre, atropellado por un automóvil, yace en el suelo sangrando profusamente, no necesitamos recurrir a técnicas de laboratorio para saber que está herido. Pero, incluso en este caso, no podremos evaluar la naturaleza exacta de sus lesiones sin realizar una serie de exámenes, entre ellos uno radiológico.

Hacer un diagnóstico específico implica siempre inferir a partir de las observaciones. Es evidente que esta tarea puede ser difícil y frustrante, puesto que a menudo se carece de pruebas suficientes para efectuar inferencias confiables. Sean cuales fueren los datos disponibles en la práctica, por lo común hay que atenerse a ellos. En el diagnóstico médico hay un problema adicional que tiene particular interés para nosotros: el paciente puede ofrecer al médico información falsa o engañosa (v. gr., seudociesis, demencia «fingida»). En consecuencia, cabe afirmar, como regla general, que las alteraciones funcionales o estructurales del cuerpo, que no pueden producirse en forma voluntaria —p. ej., el cuadro sanguíneo típico de la leucemia linfocítica—, son las bases más seguras y confiables para el llamado diagnóstico físico. Si no encontramos este tipo de alteraciones —demostrables mediante métodos fisico-químicos apropiados, que evitan la influencia consciente del paciente—, la

inferencia de un trastorno corporal (físico) descansa en bases precarias. Es posible, desde luego, que tales trastornos existan, pero carecemos de medios para detectarlos.

La actitud empírico-científica en el diagnóstico médico nos obliga a suponer que toda persona podría estar, en el plano físico, sana o enferma. Desde el punto de vista lógico es falso —y muy imprudente desde el punto de vista práctico— suponer, como suelen hacerlo médicos y pacientes, que mientras no se demuestre lo contrario la persona que se queja de un malestar corporal padece una enfermedad física. Esto equivale a postular la existencia de Dios sobre la base de la fe en una deidad, y dejar que otros carguen con el peso de la refutación. Como escépticos, tenemos que rechazar este gambito. Nuestra posición debe ser similar a la que adopta la legislación anglonorteamericana hacia la culpabilidad delictiva: una persona es inocente en tanto no se demuestre que es culpable. Además, la prueba de la culpabilidad deben proporcionarla los acusadores. Como médicos que diagnostican, debemos suponer, por lo tanto, que una persona está sana en el nivel orgánico mientras no se demuestre —aunque no sea sin sombra de duda, lo cual parece difícilmente factible, por lo menos con cierto grado de verosimilitud razonable— que se halla enferma [Szasz, 1959*e*].

Desde este punto de vista, los síntomas histéricos se distinguen porque en el organismo del paciente no se encuentran alteraciones fisicoquímicas, aunque el sujeto se queje. En este sentido, es conveniente recordar que investigadores posteriores a Freud reclasificaron como hipocondría y esquizofrenia a muchos de los primeros casos de histeria tratados por aquel [Reichard, 1956]. La naturaleza de las sensaciones corporales del sujeto y las pautas específicas de su preocupación corporal no eran, en esa época, el centro del interés psicológico, ni podrían haberlo sido antes que se sentaran las bases fundamentales del psicoanálisis. Se podría objetar que, si bien la ausencia de alteraciones corporales fisicoquímicas puede ser bastante clara en los casos de histeria cuyos síntomas se centran en torno de manifestaciones subjetivas —como los dolores o parestesias—, en las parálisis histéricas hay signos «objetivos» de un trastorno corporal. En realidad, este remedo de la enfermedad neurológica mediante (los «signos» de) la histeria es responsable, por lo menos en parte, del tradicional vínculo entre neurología y psiquiatría.

Empero, la similitud entre histeria y enfermedad neurológica descansa solo en apariencias. Esto lo admitió una corriente en boga en la época prefreudiana, que consideraba a la histeria una incapacidad producida en forma voluntaria, o fingida. Este punto de vista refleja el reconocimiento de que, aunque el cuerpo como máquina esté intacto, funciona como si no lo estuviese. La misma idea se pone de manifiesto cuando hablamos de trastornos «funcionales» versus trastornos «estructurales». Sin embargo, no se trata tanto del problema de que el organismo funcione de modo adecuado o no, como de que el médico pueda encontrar la base de observación para diagnosticar, por medio de métodos fisicoquímicos, un trastorno corporal. En los pacientes con parálisis histéricas los reflejos son normales, y todas las pruebas

conocidas y técnicas *post-mortem* para estudiar el sistema nervioso no revelan la existencia de alteración fisicoquímica alguna en el organismo.

Por el contrario, hablamos de la enfermedad llamada *hipertensión esencial* incluso en ausencia de todo «trastorno corporal» —fuera del registro de una elevada presión sanguínea— y aunque el paciente no se queje de ningún malestar. En consecuencia, decir que la hipertensión esencial es un «síntoma orgánico» y colocarla en la misma clase lógica que el «dolor histérico» sienta la base para una confusión epistemológica, de la cual no podría librarnos ningún tipo de investigación psicosomática.

Ilustran esta confusión los intentos de clasificar varios mecanismos responsables de la «psicogénesis de síntomas orgánicos». Felix Deutsch [1922] fue, quizás, el primero en observar que dichos «síntomas» podían surgir mediante un mecanismo distinto del de la conversión. Más tarde, Saul [1935] hizo la misma observación:

«Algunos síntomas orgánicos psicógenos, como el temblor o el rubor, son expresiones *directas* de emociones o conflictos, en tanto otros son solo sus resultados *indirectos*. Entre los ejemplos de estos últimos tenemos: *a)* los efectos del *acting out*, como contraer un resfrío por falta de abrigo suficiente durante el sueño —quitarse las cobijas—, y *b)* el dolor incidental en un brazo debido a un temblor histérico» [pág. 85].

Aunque la distinción entre conversión histérica y este tipo de fenómenos es importante, y Deutsch y Saúl tienen el mérito de haberla subrayado, muchos problemas significativos siguen sin aclararse debido al uso de un lenguaje tan inexacto y a la aceptación del simple criterio cartesiano de las realidades duales. La expresión «resfrío común» denota una inferencia. Es un trastorno orgánico o entidad nosológica antes que un síntoma. Sus síntomas son el malestar y la obstrucción de las fosas nasales, y sus signos, la fiebre y la congestión de las membranas mucosas de la nariz y faringe. De modo similar, si bien es cierto que después de un largo período de parálisis «histérica» el miembro se atrofiará a causa del desuso, es absurdo hablar de un brazo dolorido a consecuencia de un temblor histérico, o de una atrofia por desuso provocada por una parálisis histérica, como si fuesen «síntomas» o «signos» de histeria. Es preferible considerarlos consecuencias o *secuelas* de determinados hechos o actos precedentes, de la misma manera que una debilidad general y la pérdida del empleo podrían ser efectos de un ataque de fiebre tifoidea de larga duración. Es indudable que nadie sugeriría que todos estos síntomas se clasifiquen como «orgánicos». Sin embargo, Alexander [1950], Deutsch [1939] y Saúl [1935] nos ofrecieron precisamente este tipo de clasificación.

Sostengo que no hay «síntomas orgánicos» en ninguno de los ejemplos arriba mencionados. Un resfrío común es, de acuerdo con una perspectiva médica, una enfermedad, y, desde el punto de vista lógico, una inferencia. Un brazo dolorido es,

simplemente, una queja acerca del cuerpo. No contiene ninguna prueba inherente, por así decirlo, de una disfunción que podría llamarse «orgánica». Por otra parte, carece de sentido hablar de «psicogénesis» en la situación mencionada por Saúl, porque es posible demostrar que toda enfermedad desarrollada en un individuo se relaciona con algún segmento de conducta anterior. Si esto es todo lo que se requiere para que una enfermedad se clasifique como «psicógena», entonces puede decirse que todas las enfermedades son tales. Pero, en ese caso, la palabra «psicógena» pierde su sentido.

Conversión y «organoneurosis»

Otro importante constructo teórico de la medicina psicosomàtica es el concepto de «neurosis vegetativa» u «organoneurosis». La conexión entre organoneurosis e histeria es vastante similar a la que existe entre histeria y enfermedad neurològica. Los psiquiatras del siglo XX han supuesto, por regla general, que en la época anterior a Charcot, Kraepelin y Freud, muchos casos de histeria se clasificaban, por error, como enfermedades neurológicas. La histeria como nueva categoría diagnóstica fue, por lo tanto, recibida con entusiasmo. Se consideraba que su valor residía en impedir la confusión entre dos «enfermedades» similares y, sin embargo, diferentes.

De manera análoga, hasta fines de la década de 1930 —y, en especial, hasta la publicación del ensayo de Alexander, «Fundamental Concepts of Psychosomatic Research» [1943]— se utilizó el término «histeria» para describir todo tipo de fenómenos clínicos. Así, los dolores, parálisis, seudociesis, diarrea, asma y muchas otras alteraciones observadas se conceptualizaron y clasificaron como «histeria de conversión». En señal de disconformidad con esta clasificación presuntamente vaga e indefinida, se postularon dos clases separadas: algunos fenómenos se clasificarían bajo el rótulo de «histeria», mientras que otros se incluirían en lo sucesivo en la clase de «organoneurosis». Esta innovación era, en esencia, una cuestión nosológica; exigía, pues, una adecuada descripción clínica, por una parte, y un razonamiento lógico y epistemológico específico, por la otra. De hecho, sin embargo, la distinción no se basaba en ninguno de estos criterios, sino en diferenciaciones anatómicas y fisiológicas entre los sistemas nerviosos autónomo y cerebroespinal.

Fundamento filosófico de las clasificaciones psicosomáticas

A esta altura, sería oportuno considerar de nuevo las raíces filosóficas del problema de la clasificación psicosomática. Alexander [1943], reconociendo la importancia de las consideraciones filosóficas para este tema, adoptó con firmeza la posición de que «no existe ninguna distinción lógica entre “mente” y “cuerpo”, entre lo mental y lo físico» [pág. 3]. Y agregó que la división de las disciplinas médicas en fisiología,

medicina, neurología, psiquiatría, etc., «puede ser conveniente para la administración académica, pero desde los puntos de vista biológico y filosófico, ella carece de validez» [pág. 3].

En vez de considerar que la diferencia entre psicología y fisiología proviene de la organización jerárquica de los seres humanos —en su calidad de organismos biológicos *y* sociales—, Alexander postuló que «los fenómenos psíquicos y somáticos tiene lugar en el *mismo sistema biológico* y son, quizá, *dos aspectos del mismo proceso*» [pág. 3]. [Las bastardillas son mías]. En este enfoque, Alexander continúa sustentando la tradicional dicotomía cartesiana mente-cuerpo, por mucho que se haya esforzado en superarla. La imagen de la mente y el cuerpo como dos caras de la misma moneda contrasta con el modelo de organización jerárquica, conforme al cual la organización física constituye el nivel más básico, y la biología, un nivel superior, mientras que las organizaciones social y psicológica son sistemas de órdenes cada vez más elevados.

La posición filosófica enunciada por Alexander parece insostenible. Afirmar que «no existe distinción lógica alguna entre “mente” y “cuerpo”» va en contra de los conceptos *lógicos* más fundamentales relativos a las clases. No me propongo examinar este tema. Sólo quisiera acotar que adhiero al punto de vista de aquellos filósofos científicos contemporáneos que consideran más adecuado comparar la relación entre cuerpo y mente con la que existe, por ejemplo, entre un equipo de fútbol y su espíritu de equipo (o *esprit de corps*). Aquel es un dato de observación para: la física, se ubica en el espacio y es público. Este es un dato para la psicología y la sociología, no tiene ubicación espacial y no es público, en el sentido en que lo son los objetos físicos.

Pero si aceptamos este criterio ya no podremos aceptar lo que cabría denominar «filosofía de la simetría» respecto de la mente y el cuerpo, descripta con tanta claridad por Alexander y tan en boga hoy. De acuerdo con este punto de vista simétrico, el individuo está compuesto por —o puede ser estudiado como— dos mitades simétricas, la mente y el cuerpo. Se sostenía, o se esperaba, que al estudiar ambas mitades —casi como cuando estudiamos primero las dos mitades de un cadáver disecado a lo largo de su eje de simetría, y recombinamos luego los resultados— emergería una imagen compuesta del «hombre integral». En vez de este feliz desenlace, el «enfoque psicosomático» no condujo a terapias más adecuadas para los pacientes, ni a *insights* más lúcidos para los investigadores. Eludió el desafío de la dicotomía cartesiana, en vez de enfrentarlo. Y, en consecuencia, esta dicotomía aún goza de favor entre nosotros, pero ahora es más difícil reconocerla y desarraigarla que hace tres décadas, en los albores de la moderna medicina psicosomática.

Crítica de la definición de «neurosis vegetativa» propuesta por Alexander

Alexander [1943] describió con mucha claridad la diferencia entre conversión histérica y organoneurosis o neurosis vegetativa. Es interesante destacar que se trata de uno de los pocos problemas teóricos fundamentales del psicoanálisis que han aceptado analistas de otras tendencias teóricas y terapéuticas. Empero, el consenso no ofrece garantía alguna contra el error. En este caso, la concordancia descansa en erróneos conceptos filosóficos compartidos referentes a la dualidad de las realidades física y psicológica, y en la tendencia persistente, aunque no reconocida, a *describir diversas experiencias y comunicaciones humanas en términos médicos o cuasi médicos*.

«Parece aconsejable —escribió Alexander— diferenciar la conversión histérica de la neurosis vegetativa. Sus similitudes tienen un carácter bastante superficial: ambos estados son *psicógenos*, es decir, son provocados, *en esencia*, por una tensión crónica reprimida, o, por lo menos, no mitigada. Sin embargo, los mecanismos que entran en juego difieren de manera fundamental desde el punto de vista tanto fisiológico como psicodinámico. El síntoma de conversión histérica es un intento de descargar de modo simbólico una tensión emocional; manifiesta de manera simbólica un contenido emocional definido. *Este mecanismo se limita a los sistemas de percepción sensoriales o neuromusculares voluntarios*, cuya función consiste en expresar y descargar emociones. La *neurosis vegetativa* es la disfunción psicógena de un órgano vegetativo *que no está bajo el control del sistema neuromuscular voluntario*. El síntoma vegetativo no es una expresión sustituía de un estado emocional, sino su concomitante fisiológico normal» [pág. 9]. [Las bastardillas son mías].

El aparente atractivo de esta formulación —que deriva en parte de su simplicidad y, en parte, de que utiliza la conocida distinción entre sistemas autónomo y cerebroespinal— le aseguró general aceptación. Puesto que ya comenté algunos aspectos de esta concepción, me limitaré a enumerar y examinar en forma sucinta los puntos que, a mi juicio, merecen especial atención.

1. Alexander se refirió a los síntomas de los sistemas de percepción sensoriales y neuromusculares voluntarios y utilizó el término «síntoma vegetativo». No es mera sutileza retórica afirmar que solo las personas pueden tener síntomas; las partes del cuerpo humano no. Este vocabulario médico y psicosomático —que nos permite hablar de «síntomas orgánicos» y cosas por el estilo— lleva a la irreparable situación de confundir sentimientos, afectos y quejas con partes y lesiones corporales. Perder de vista el hecho de que pacientes y médicos acostumbran adjudicar aquellos a estas puede llevar, por ejemplo —y como una de sus consecuencias típicas—, a que el médico niegue la «realidad» de experiencias imaginarias [Szasz, 1957*a*].

2. La idea original de Freud de que los síntomas de conversión son patológicos porque las «inervaciones sustitutivas nunca producen alivio total» se mantuvo intacta. Este criterio es objetable pues define lo «patológico» en función de la teoría de un trastorno. Se opone a la práctica corriente de medir las desviaciones de la norma mediante criterios descriptivos, sean estos médicos, sociales o éticos [Szasz, 1960*b*]. El hecho de no especificar los criterios de «normalidad» y «anormalidad» en términos claros y descriptivos —utilizando, en cambio, para este fin, concepciones teóricas complejas y definidas en forma parcial— constituye, en mi opinión, la causa principal de las notorias dificultades con que tropiezan la psiquiatría y el psicoanálisis para distinguir los «síntomas patológicos» de las «sublimaciones normales». La falta de criterios públicamente enunciados como reflejo de un consenso general deja abierta la oportunidad para interpretar las observaciones conforme a predisposiciones personales no especificadas. De este modo, el psiquiatra puede proclamar sus preferencias morales bajo el disfraz de descripciones o «hechos» científicos [Szasz, 1959*b*].

3. La mención del concepto de «inervaciones» significaba que los modelos de sistemas hidráulicos y de circuitos eléctricos —empleados al principio para explicar la histeria— se utilizarían también para explicar los llamados problemas psicosomáticos. De acuerdo con estos modelos, la descarga de la tensión por vía de las desviaciones —esto es, mediante «inervaciones sustitutivas»— es, por definición, menos satisfactoria que la descarga en «circuito abierto». Si no se pone sumo cuidado, existe el peligro de confundir la metáfora explicativa con los datos primarios de la observación.

4. Podemos llegar a la conclusión de que la definición de neurosis vegetativa no es más que una reformulación, en lenguaje fisiológico, del mecanismo de desviación descrito más arriba. «La neurosis vegetativa —escribió Alexander [1950]— no es el intento de expresar una emoción, sino la respuesta fisiológica de los órganos vegetativos a los estados emocionales constantes o periódicamente recurrentes» [pág. 42], Esta teoría se podría parafrasear diciendo: «Si la maldita libido se descarga a través de los sistemas sensoriales o neuromusculares, produce [¿causa?] la histeria; si lo hace por vía del sistema nervioso autónomo, la neurosis vegetativa». La simetría es completa. Pero ¿qué significa en realidad esta definición? ¿Qué nos revela?

Con el fin de esclarecer este problema, es preciso formular dos preguntas adicionales: ¿Cómo podemos determinar si alguien sufre una «neurosis vegetativa»? ¿Qué relación existe entre los síntomas del paciente y su enfermedad, en la histeria y en la neurosis vegetativa, respectivamente?

Un ejemplo específico nos ayudará a responder de la mejor manera a la primera pregunta. El paradigma de neurosis vegetativa que utiliza Alexander [1950] es la hipersecreción gástrica crónica, la cual puede provocar, con el tiempo, la enfermedad, *úlcera péptica*; «… conflictos emocionales de larga duración pueden producir, como

primer paso, una *neurosis estomacal* que, con el correr del tiempo, evoluciona a veces hacia la úlcera» [pág. 44]. Se considera que la lesión física es una «enfermedad orgánica», y solo la disfunción fisiológica precedente se clasificará como «neurosis vegetativa».

Pero subsiste el interrogante: ¿Cómo podemos determinar si alguien padece una neurosis vegetativa? La respuesta no es de ningún modo clara. Tendríamos que preguntar, por ejemplo, si la medición de la hipersecreción gástrica crónica prueba *prima facie* una neurosis vegetativa, si es inevitable que el individuo que presenta este tipo de actividad fisiológica desarrolle una úlcera, o si el sujeto en cuestión debe quejarse, por lo menos, de dolores abdominales. Si el diagnóstico de neurosis vegetativa sólo puede hacerse en los dos últimos casos, ¿qué utilidad tiene para nosotros? Empero, si la hipersecreción gástrica crónica *per se* es signo inequívoco de una neurosis vegetativa, hemos creado simplemente una «entidad» inferida que nada agrega a la observación sobre la cual se basa. El punto principal de este análisis es que la relación entre síntoma y neurosis vegetativa es, al mismo tiempo, indefinida e inconstante. Algunas personas con hipersecreción gástrica crónica se quejan de intensos dolores, en tanto otras no sufren en absoluto; empero, según el uso habitual del término, podríamos decir que ambas «tienen» tal «neurosis vegetativa» u «organoneurosis».

En el caso de la histeria de conversión, la relación del síntoma con la enfermedad es totalmente distinta. Es evidente que sería absurdo decir que alguien que no muestra síntomas ni manifiesta incapacidad sufre de histeria. En un caso típico de histeria, el sujeto puede quejarse, por ejemplo, de sentir torpor y hormigueo en el antebrazo derecho. El examen físico y los tests específicos no revelan nada inusual. El cuerpo —como máquina— parece estar intacto. Esto no es válido para la neurosis vegetativa. En estos casos, tratamos con disfunciones corporales, que pueden ser las causas de otras nuevas, mientras que en la histeria se trata de personas con organismos sanos. Por consiguiente, es un grave error poner a ambos grupos en una misma clase lógica, cosa que hacemos al considerarlos «neurosis», es decir, cuando a una llamamos «de conversión», y a la otra, «vegetativa» u «organoneurosis».

Otra dificultad para aclarar lo que se entiende por neurosis vegetativa es que el término básico «neurosis» está mal definido. La palabra «neurosis», ¿alude a la *conducta observable*, a la *conducta relatada* o a una *teoría de un proceso patógeno específico*? En principio, es legítimo llamar «neurosis» a cualquiera de estas tres categorías. Sin embargo, es importante poner en claro la cuestión. De acuerdo con el uso psicoanalítico corriente [v. gr., Fenichel, 1945; Freud, 1940; Glover, 1949], el término «neurosis» se refiere a la *teoría del psicoanalista acerca de un mecanismo psicopatológico*. Este se conceptualiza en función de impulsos reprimidos (libido) y de varios tipos de mecanismos del yo (defensas), los cuales originan juntos una variedad de manifestaciones abiertas (el «cuadro sintomatológico»). Debido a esta conceptualización, se dice que son «neuróticas», no solo las personas, sino también

las distintas partes del cuerpo en que se ubican los «impulsos reprimidos». Se considera que en una fobia, por ejemplo, se distribuyen por toda la persona. En el tartamudeo se convierten, según se afirma, en un síntoma histérico y residen en los órganos vocales. Por último, en la úlcera péptica, se postula que el órgano digestivo es «neurótico».

Estos ejemplos muestran hasta qué punto podemos extraviarnos al tomar, de manera equivocada, las metáforas explicativas por los fenómenos que deben explicar. Creo que sería muy conveniente abandonar por completo la noción de organoneurosis. Su pertinencia psicoanalítica se limita a reforzar los elementos hidráulicos de nuestra interpretación de la neurosis. Nosotros no necesitamos esto. No aporta ninguna contribución positiva a la psicología psicoanalítica, en sus aspectos tanto teórico como terapéutico. Por el contrario, las explicaciones que ofrece impiden percibir los restantes problemas no resueltos, correspondientes al tema general de cómo el modo de vida del hombre, incluidas sus relaciones personales y sociales, afectan sus funciones orgánicas. Si damos otro paso en este análisis lógico, tendremos que preguntar qué trastornos del sistema nervioso voluntario corresponden a trastornos del sistema nervioso autónomo, que Alexander denominó neurosis vegetativas. Existen varios trastornos que podrían conceptualizarse de ese modo. Usaremos como ejemplo ilustrativo la secuela neurológica de la anemia perniciosa. En las primeras etapas de esta enfermedad, la persona afectada puede quejarse de debilidad y fatiga. Las pruebas de laboratorio especiales conducirán, por lo general, a los resultados característicos de la anemia perniciosa. Esta anemia, como proceso fisiopatológico —al igual que la hipersecreción gástrica crónica de nuestro ejemplo anterior—, puede ser la «causa» de ciertos cambios orgánicos en los sistemas nerviosos central y cerebroespinal. Esta «etapa final» —que no es, en realidad, una fase última, sino otro paso en una larga serie que se inicia, por así decirlo, con el nacimiento y solo termina con la muerte— correspondería a la formación de una úlcera péptica susceptible de comprobación. Puesto que la noción de neurosis vegetativa implica la presencia de alteraciones (anormalidades) fisicoquímicas demostrables en algunos órganos internos del cuerpo humano, un fenómeno homólogo en el sistema nervioso cerebroespinal debe mostrar las mismas características. Es necesario que ocurra la secuencia de dos etapas: la primera comprende la alteración fisiopatológica, la segunda, el desarrollo de una entidad nosológica estructural más o menos fija. La anemia perniciosa, la poliomielitis y la esclerosis múltiple constituyen ejemplos de este tipo de proceso.

Se podría objetar que este punto de vista no toma en cuenta importantes observaciones, según las cuales el estado psicológico —para expresarlo en términos vagos— del sujeto parece tener una relación bastante notable con algunos trastornos somáticos incluidos en la categoría de neurosis vegetativa. Esta objeción es válida. El problema central de la medicina psicosomática, si se plantea de esta manera, todavía subsiste, y esto no significa que yo tenga una solución simple para aquel. Es

indudable que las personas, cuando no se expresan con palabras y actos —lo cual no es lo mismo que «descargar la tensión»—, tienden más a expresarse mediante otras vías; una de ellas es la enfermedad corporal. Cómo investigar y describir en forma satisfactoria este fenómeno constituye un arduo problema [Szasz, 1958*c*, 1959*d*]. No nos interesa adentrarnos aquí en un análisis más exhaustivo, puesto que solo hemos tratado de elucidar la influencia del concepto de conversión en la teoría psicosomática.

Conversión de la energía versus comunicación y traducción

La idea de que los síntomas neuróticos «descargan una tensión» se basa en el modelo físico de descarga de la energía. De acuerdo con esta pauta, el funcionamiento psicológico se concibe según el modelo de un sistema hidráulico [Colby, 1955; Pumpian-Mindlin, 1959] Un volumen de agua, que representa la energía potencial, se embalsa tras la barrera de una represa y busca una vía de escape. La descarga puede hacerse por varios caminos distintos: 1) A lo largo de una ruta planeada para tal fin, esto es, de manera «normal», mediante la palabra y la conducta manifiesta adecuadas. 2) A lo largo de una ruta alternativa, que representa el «uso impropio» del aparato (v. gr., la filtración del sistema hidráulico, tal vez por los costados de la represa y no por las esclusas destinadas a la salida del agua). La tensión reprimida se descarga en los «síntomas corporales» mediante la «conversión»: esta es la «histeria de conversión». 3) A lo largo de otros canales (v. gr., filtración en otros puntos del sistema), lo cual conduce a la enfermedad física: esto constituye la «neurosis vegetativa» u «organoneurosis».

La sugerencia de abandonar la pauta de conversión energética en la teoría psiquiátrica y sustituirla por modelos de comunicación, lenguaje y traducción no es nueva [Ruesch y Bateson, 1951; Ruesch, 1959; R. Spiegel, 1959].

Traducción implica verter un mensaje de un idioma a otro, del húngaro al inglés, por ejemplo. Cuando se completa el proceso de traducción, decimos que ambos enunciados «significan la misma cosa». En un contexto de este tipo, no podemos hablar de trasferencias de energía, ni de cambios en el contenido de la información. Es más provechoso concentrarnos en la situación práctica interpersonal (social), que torna necesaria la traducción, a saber, que las personas que no hablan el mismo idioma no pueden comunicarse entre sí por medio del lenguaje. La traducción es el acto que posibilita la comunicación en un caso de esta índole. Desbloquea una situación comunicacional previamente bloqueada [Bohannan, 1954]. Consideremos un ejemplo hipotético.

Un paciente, cuya lengua materna es el húngaro, acude al consultorio del médico, o al hospital. El médico sólo habla inglés. ¿Cómo podrá entender al paciente? Existen estas posibilidades: 1) El médico aprende a hablar húngaro. 2) Se contrata a un

intérprete para que traduzca el húngaro del paciente al inglés del médico. 3) El paciente aprende a hablar inglés. 4) El paciente no solo aprende a hablar inglés, sino que, al reflexionar sobre el problema de comunicación existente, llega a tener clara conciencia de los problemas de comunicación y traducción, y se interesa por estudiarlos.

Para comprender el fenómeno de la histeria debemos reemplazar el húngaro (paciente) por las sensaciones corporales, y el inglés (médico) por el trastorno corporal demostrable. Después de todo, el paciente sabe decir a los demás cómo se siente. Esta es, por así decirlo, su lengua materna. El lenguaje específico del médico, por otra parte, es el de la medicina y se compone de altas temperaturas, dolores específicos para diversas enfermedades, etc.; es el lenguaje de la enfermedad orgánica —o de la enfermedad orgánica potencial—. La tarea consiste en *traducir del síntoma a la enfermedad*. Las cuatro alternativas para establecer la comunicación ante la barrera del lenguaje son estas: 1) El médico aprende el lenguaje corporal, y también a distinguir los casos «funcionales» de los «orgánicos». 2) Se contrata a un intérprete. Esto significa que, cuando el lenguaje de la enfermedad orgánica no es adecuado, el paciente es derivado a un psiquiatra o a otro especialista. El médico envía al paciente a una persona que pueda hablar con este, ya que él no puede hacerlo. 3) El paciente aprende a hablar el lenguaje de la «enfermedad real». Busca médicos que tomen medidas quirúrgicas o médicas ante pruebas leves, o inexistentes, de disfunción física. De este modo, podrá obtener vitaminas, placebos e «inyecciones», o se le extraerá el apéndice, los dientes o el útero. (Sin embargo, si persiste demasiado tiempo en ello o cae en «malas manos», se lo puede catalogar como «hipocondríaco» o «adicto a las intervenciones quirúrgicas»). 4) El paciente aprende que, si bien suele ser ventajoso hablar el lenguaje de los «nativos», también este, como todos los demás idiomas, tiene sus limitaciones. Puede aprender entonces acerca de sus propias comunicaciones, la historia de estas, su objetivo, su alcance, su disfunción y sus límites generales. Este proceso se logra por medio de un tratamiento psicoanalítico o, a veces, simplemente mediante el aprendizaje, la meditación y la vinculación con amigos sabios y prudentes.

Libro segundo. Fundamentos de una teoría del comportamiento personal



Tercera parte. Análisis semiótico de la conducta

7. Histeria y lenguaje

«Los seres que no pertenecen a la especie humana rara vez producen los signos que influyen en su conducta; los seres humanos, en cambio, lo hacen de modo característico y en grado sorprendente, con sus símbolos lingüísticos y poslingüísticos. En ello reside la diferencia básica entre el hombre y los animales, y hasta que la teoría conductista no desarrolle una semiótica que tome en cuenta esta diferencia, seguirá siendo lo que es hoy: un cuidadoso estudio del comportamiento animal y una devota esperanza de llegar a ser una ciencia de la persona humana». Charles W. Morris [1946, pág. 198].

Las definiciones lógico-simbólicas de términos como «lenguaje», «signo» y «símbolo» son indispensables para nuestro trabajo[1]. Empezaremos por el concepto de signo, el más básico de los tres. Los signos son, ante todo, cosas físicas: por ejemplo, las marcas de tiza sobre el pizarrón, las de lápiz o tinta sobre el papel, o las ondas sonoras producidas por la garganta humana. «Lo que las convierte en signos es —según Reichenbach [1947]— la posición intermedia que ocupan entre un objeto y el usuario del signo, es decir, una persona» [pág. 4]. Para que un signo sea lo que es, o funcione como tal, es necesario que la persona tenga en cuenta el objeto que designa. Por lo tanto, *cualquier cosa de la naturaleza puede ser un signo o no, según la actitud que el individuo adopte hacia ella*. Una cosa física es un signo cuando aparece como sustituto del objeto (al cual representa) ante el usuario del signo. La relación triposicional entre signo, objeto y usuario del signo (la persona) se denomina *relación de signo* o *relación de denotación*.

Estructura del protolenguaje

La noción de signo es, evidentemente, muy amplia. Sin embargo, conforme al uso estricto (lógico-simbólico), el empleo del signo no es igual que el uso del lenguaje. ¿Cuáles son, entonces, los signos no lingüísticos? Podemos distinguir —siguiendo a Reichenbach— tres clases de signos. En la primera clase tenemos los signos que cumplen la función de tales mediante una *conexión causal* entre objeto y signo. El humo, por ejemplo, es signo de fuego. Los signos de este tipo se denominan *indicativos*. La segunda clase está compuesta por signos que mantienen una relación de *similitud* con los objetos que designan, como la fotografía de un hombre o el mapa de una región, por ejemplo, y reciben el nombre de signos *icónicos*. En la tercera clase se encuentran los signos cuya relación con el objeto es puramente *convencional* o *arbitraria*, verbigracia, las palabras o los símbolos matemáticos. Estos se llaman *signos convencionales o símbolos*. Los *símbolos*, por lo general, no existen aislados,

sino coordinados entre sí mediante una serie de reglas llamadas reglas del lenguaje. El conjunto compuesto por símbolos, reglas del lenguaje y costumbres sociales correspondientes al uso del lenguaje se designa a veces con el término *juego lingüístico*. En el idioma técnico de la lógica, hablamos de lenguaje *solo* cuando interviene la comunicación por medio de signos convencionales coordinados de modo sistemático (símbolos).

De acuerdo con esta definición, no puede existir algo que se llame «lenguaje corporal». Si queremos expresarnos con precisión, debemos referirnos, en cambio, a la *comunicación por medio de signos corporales*. Esto no es mera pedantería. La expresión «signo corporal» entraña dos características significativas. Primero, que tratamos con algo distinto de los símbolos lingüísticos convencionales. Segundo, que los signos en cuestión deben identificarse con elementos adicionales correspondientes a sus características especiales. Al hablar de signos corporales, aludiré siempre —a menos que indique lo contrario— a fenómenos como las parálisis histéricas, la ceguera, la sordera, los accesos, etc. Estos episodios hablan por sí mismos, por así decirlo, y, en consecuencia, no es necesario que en la comunicación realizada por medio de tales signos entre en juego el lenguaje. En este sentido, se diferencian de otros signos corporales —como el dolor—, que se comunican por vía verbal o por medio de la pantomima, es decir, mediante una conducta indicadora de que el sujeto siente dolor. Por último, como el lenguaje utiliza órganos somáticos, también podría llamarse «signo corporal», aunque esto implicaría el uso vago, indefinido y no técnico de esta expresión. Si nos atenemos a una definición más específica, resultara fácil distinguir dos tipos de lenguaje: primero, el lenguaje cotidiano, *que utiliza símbolos compartidos en el plano social* (llamado lenguaje), y, segundo, los *ruidos vocales que no son símbolos* (v. gr., las vocalizaciones esquizofrénicas regresivas). Estos, si bien utilizan el llamado aparato del habla, también pertenecen, desde el punto de vista *lógico* a la clase de los signos corporales. Esto bastará con respecto a las primeras definiciones. Consideremos ahora cuáles son los rasgos característicos de los signos empleados en el llamado lenguaje corporal.

El lenguaje corporal se compone de signos icónicos

Es evidente que los signos corporales —como el llamado ataque histérico— no son signos convencionales; tampoco son indicativos. Estos últimos tienen una relación causal con el objeto que representan. El humo es signo de fuego; la fiebre es signo de infección; la luz que asoma por el este es signo de la salida del sol en el horizonte. En todos estos casos, existe una relación causal —o, cabría decir también, asociacional y temporal— entre el signo (fiebre) y el objeto (infección). No cabe duda de que los signos corporales (del tipo que consideramos ahora) no responden a estas características.

El concepto de signo icònico se ajusta con exactitud a las observaciones descriptas como signos corporales. Existe una relación de similitud entre el signo icònico y el objeto representado [Aldrich, 1932]. Una fotografía, por ejemplo, es el signo icònico de la persona que aparece en ella. Desde este punto de vista, un *ataque histérico es el signo icònico de un ataque epiléptico auténtico (orgànico),* y una parálisis histérica o una debilidad de las extremidades inferiores podría ser —o podría decirse que es— un tipo icònico de debilidad producida por una esclerosis múltiple o una tabes dorsal. En suma, los signos corporales se conceptualizan mejor como signos icónicos de la enfermedad orgánica. Esta interpretación concuerda con el hecho de que este tipo de comunicaciones se manifiesta sobre todo en las interacciones del sujeto que sufre con la persona que le ofrece ayuda. Los dos participantes pueden definirse, específicamente, como el «paciente» y el «médico», aunque también existan muchos otros tipos de acciones entre el desvalimiento y la ayuda. Debemos subrayar otra vez que los signos corporales, en su carácter de signos icónicos de la enfermedad orgánica, forman parte integrante de lo que bien podría denominarse lenguaje de la enfermedad. En otras palabras, del mismo modo que las fotografías, en su carácter de signos icónicos, tienen especial utilidad y pertinencia para la industria cinematográfica y sus patrocinadores, también los signos icónicos relativos al organismo y sus funciones poseen particular importancia para la «industria curativa» y quienes la patrocinan (v. gr., la medicina, el clero, la asistencia social de casos individuales, etc.).

El lenguaje corporal es un protolenguaje

Una vez identificados los signos que componen el lenguaje corporal, podemos examinar el tipo de procesos de comunicación que dichos signos hacen posibles. Aquí también es necesario considerar brevemente la clasificación técnica de las lenguas ideada por los lógicos. Los filólogos y lingüistas de las escuelas de pensamiento tradicionales clasificaron las lenguas de acuerdo con sus propios intereses y necesidades [Sapir, 1921]. Estas clasificaciones distinguen lenguas individuales diferentes, como el inglés, el alemán, el francés, el húngaro, el armenio, etc. Los dialectos y lenguas individuales se ordenan después en grupos más grandes llamados familias de lenguas. Así, hablamos de los grupos indoeuropeo, finougriano, indio y otros, cada uno de los cuales incluye muchos idiomas individuales.

Bajo el impulso de Whitehead y Russell [1910], los lógicos y filósofos desarrollaron un tipo enteramente distinto de clasificación lingüística. De acuerdo con esta pauta, las diferentes lenguas se diferencian unas de otras según el nivel de complejidad de las descripciones y operaciones lógicas que entran en juego. Este método clasificatorio tuvo efectos trascendentales en el campo de la matemática, la lógica y la filosofía de la ciencia. De este aprendimos que los lenguajes utilizados en

la conversación contienen varios «lenguajes» heterogéneos desde el punto de vista lógico.

Según la clasificación lógica de las lenguas, distinguimos diferentes niveles de lenguaje. El primero, o nivel inferior, se denomina lenguaje objetal[2]. Los signos de este lenguaje denotan objetos físicos, como gato, perro, silla, mesa, etc. Podemos introducir a continuación signos que se refieren a signos. Los términos «palabra», «sentencia», «cláusula» y «frase» son signos pertenecientes al metalenguaje (primer nivel). Esta iteración de la coordinación de signos y referentes puede repetirse, en principio por lo menos, *ad infinitum*. Por lo tanto, se pueden construir niveles de metalenguajes cada vez más altos, introduciendo siempre signos que denoten signos del nivel (lógico) inmediato más bajo. La distinción entre lenguaje objetal y metalenguaje (y metalenguajes de órdenes cada vez más altos) es, sin duda, la contribución más significativa de la lógica simbólica a la ciencia del lenguaje. Solo por medio de esta distinción se puso de manifiesto que, para hablar acerca de cualquier lenguaje objetal, necesitamos un metalenguaje. Es menester recordar, desde luego, que en estos dos niveles de lenguaje es posible utilizar el mismo grupo lingüístico. Así, Jakobson [1957] escribió: «Podemos hablar en inglés [como metalenguaje] acerca del inglés [como lenguaje objetal], e interpretar palabras y oraciones inglesas por medio de sinónimos, circunloquios y paráfrasis inglesas» [pág. 163]. El llamado lenguaje corriente se compone de una mezcla de lenguaje objetal y metalenguajes.

Para los propósitos de este libro, es muy importante advertir que, en este sistema, el nivel más bajo de lenguaje es el lenguaje objetal. Aquí no hay cabida para lo que la psiquiatría llama lenguaje corporal, debido a que este se compone de signos icónicos. Por lo tanto, constituye un sistema más primitivo, desde el punto de vista lógico, que las expresiones del lenguaje objetal. Examinemos ahora de qué tipo es el lenguaje corporal.

Puesto que los signos convencionales (o símbolos) forman el nivel más bajo de lenguaje, y los signos de signos, el primer nivel de metalenguaje, y así sucesivamente, es posible considerar que un sistema de comunicación que emplea signos que denotan menos, por así decirlo, que los propios signos convencionales, constituye un nivel de lenguaje inferior al del lenguaje objetal. Sugiero, por consiguiente, que llamemos protolenguaje a este tipo de lenguaje (corporal); nos parece que ello es correcto, ya que la palabra «metalenguaje» denota la posterioridad, superioridad o mayor trascendencia de los lenguajes de esta clase con respecto a los lenguajes objetales. Como el prefijo «proto» es antónimo de «meta», se refiere a algo anterior o inferior a otra cosa —como en el caso de «prototipo».

La ubicación de ciertos tipos de síntomas corporales —esto es, los que son signos icónicos— en sus lugares adecuados dentro de la jerarquía lógica de los lenguajes ayudará mucho a formular los problemas psiquiátricos. En primer término, la idea misma de comprender algo depende de su capacidad de expresión, en el lenguaje

tanto técnico como de conversación. Esto significa que todo cuanto tratamos de comprender o describir debe expresarse en función del lenguaje objetal y el metalenguaje. ¿Cuál es, entonces, la función del protolenguaje? Como veremos, no es totalmente cierto que la comunicación inteligible solo sea posible por medio del lenguaje objetal y el metalenguaje.

Índole de la comunicación protolingüística

Un síntoma histérico —un ataque o una parálisis, por ejemplo— expresa o trasmite un mensaje, por lo general a una persona determinada. Un brazo paralizado puede significar: «He pecado con este brazo, y debo recibir un castigo por ello», o también: «Quería o necesitaba obtener una gratificación prohibida [erótica, agresiva, etc.] mediante este brazo». Pero ¿qué queremos decir exactamente cuando afirmamos que un síntoma tiene tal o cual significado? Este problema plantea algunas cuestiones conexas: El paciente —emisor del mensaje—, ¿sabe que se está comunicando? El receptor del mensaje —el médico, el esposo, la esposa, etc.—, ¿sabe que se están comunicando con él (ella)? En caso contrario, ¿cómo se puede decir que ambos se comunican?

Si bien Freud nunca planteó estos interrogantes, por lo menos en la forma que yo los he formulado, les dio algunas respuestas adecuadas. Sus respuestas, quizá porque fueron tan útiles, oscurecieron los problemas originarios que las estimularon y que nunca se expusieron de manera explícita. Freud sugirió distinguir dos tipos fundamentalmente distintos de «acto mental» y «conocimiento»: uno sería consciente, el otro, inconsciente. La actividad inconsciente está dirigida por los llamados procesos primarios, mientras que el acto mental consciente está lógicamente organizado y gobernado por los llamados procesos secundarios [Fenichel, 1945, págs. 14-15, 46-51].

El psicoanálisis nunca definió de manera específica el término «consciente», y lo utilizó más bien en sentido fenomenológico. Freud [1915] elaboró con mucho más cuidado el término «inconsciente», y lo diferenció más tarde del «preconsciente». Varios investigadores presentaron hace poco análisis exhaustivos de este concepto y su aplicación [Peters, 1958; Maclntyre, 1958; Bellak, 1959]; para nuestro actual propósito, no obstante, es suficiente que Freud considerase al inconsciente, en parte como una región del aparato psíquico, y en parte como un sistema operacional. Freud daba por sentado la existencia de fenómenos como el conocimiento inconsciente, los conflictos y necesidades inconscientes, etc., y empleaba estas expresiones para describirlos.

Por desgracia, esta terminología oscurece algunos problemas que aún deben resolverse. Reconocer que el conocimiento es solo aquello que puede hacerse público es fundamental para la ciencia como actividad social. Por esta razón, el concepto

científico de conocimiento —en contraste con las versiones mística o religiosa— se liga de manera inextricable con la idea de representación por medio de signos convencionales. Lo que no se puede expresar en lenguaje objetal o en metalenguaje no puede ser, por definición, conocimiento. El mensaje de un cuadro, por ejemplo, puede ser hermoso e interesante, pero su «sentido» no puede llamarse conocimiento.

Si aceptamos esta terminología más exacta, será forzoso admitir que los lenguajes corporales del tipo considerado *no expresan* conocimiento. Esto no equivale a afirmar que estén desprovistos de información. Aludimos aquí a la distinción entre conocimiento e información, que es igual, según nuestro criterio, a la distinción entre símbolo verbal y signo icónico [Tarski, 1944]. Así, es lícito decir que el cielo nublado «contiene» información porque el hombre podría interpretar su «mensaje» como signo de lluvia inminente. No podemos decir, sin embargo, que el cielo nublado «contiene» conocimiento. De igual modo, para descifrar el sentido oculto, por así decirlo, de un mensaje expresado en el idioma de los signos corporales, es preciso traducir el protolenguaje al lenguaje corriente. Freud expresó una idea similar cuando habló de trasformar lo inconsciente en consciente. Sin embargo, nunca conceptualizó claramente lo «inconsciente», que era, para él, *nada más que* un lenguaje o una forma de comunicación. Por lo tanto, si bien la idea de traducir el protolenguaje al lenguaje corriente *describe*, en parte, las mismas cosas que para Freud significaban tornar consciente lo inconsciente, ambos modelos no son idénticos[3].

Otro problema que debemos considerar se relaciona con la conexión entre el uso del protolenguaje y el «conocimiento» que tiene el sujeto emisor de los mensajes comunicados de esa manera. Esta relación es de carácter inverso. En otras palabras, si bien suele ser imposible hablar de algo que uno no conoce, por medio del protolenguaje podemos expresar fácilmente aquello que no conocemos (en forma explícita). La razón principal reside en que el aprendizaje y el conocimiento, por una parte, y la codificación simbólica y la comunicación (lenguaje, matemática, etc.), por la otra, son interdependientes, y solo pueden desarrollarse juntos [Szasz, 1957*c*]. Puesto que el uso de signos (corporales) icónicos es el recurso de comunicación más simple de que dispone el hombre, la comunicación de este tipo varía de modo inverso al conocimiento y el aprendizaje. La tesis de que los seres humanos hasta cierto punto menos complejos tienen mayores probabilidades de usar el protolenguaje concuerda con nuestro conocimiento acerca de los determinantes históricos y sociales de los síntomas histéricos. Consideremos, por ejemplo, la época en que los hombres trataban, literalmente, de ser *iconos* o imágenes de Cristo en la cruz, mostrando los llamados estigmas histéricos. Las conversaciones en este protolenguaje sólo se producen si quienes participan en el proceso de comunicación no pueden hablar fácilmente en un nivel más alto de lenguaje. Una vez difundida una actitud más naturalista-científica hacia la religión —y esto sólo pudo producirse gracias a un amplio proceso de divulgación de la educación de masas—, esta particular forma de comunicación empezó a desaparecer.

La simbolización en la histeria: un ejemplo crítico

Me propongo esclarecer mi tesis mediante una cita extraída de «Estudios sobre la histeria», de Breuer y Freud [1893-1895]. Veamos la descripción que hace Freud del caso de la señora Cecilia M. y el tratamiento al que fue sometida:

«En esta fase de la labor, llegamos por fin a la reproducción de su neuralgia facial, que yo mismo había tratado cuando aparecieron los ataques de esa época. Sentía curiosidad por descubrir si esto también tendría una causa psíquica. Cuando comencé a evocar la escena traumática, la paciente se vio trasportada a un período de gran irritación mental haría su marido; me contó una conversación que había mantenido con él, y una observación suya, que ella había vivenciado como un insulto. De súbito, se llevó la mano a la mejilla, dio un fuerte grito de dolor, y exclamó: "Fue como si me hubiera dado una bofetada". Con esto desaparecieron el dolor y el ataque.
»Es indudable que en este caso se trataba de una *simbolización*. La paciente había sentido como si realmente la abofeteasen. Ahora bien, cualquiera preguntaría cómo la sensación de "recibir una bofetada" adquirió la forma visible de una *neuralgia del trigémino*, por qué se limitaba a las ramas segunda y tercera del trigémino, y por qué se intensificaba al abrir la boca y masticar, aunque no al hablar.
»Al día siguiente la *neuralgia* resurgió, pero esta vez desapareció después de la reproducción de otra escena, cuyo contenido era, una vez más, un supuesto *insulto*. Las cosas continuaron de esta manera durane nueve días; parecía que, *durante años, los insultos, en particular los verbales, habían provocado, por medio de la simbolización, renovados ataques de esta neuralgia facial*» [pág. 178]. [Las bastardillas son mías].

Aquí, como en otros trabajos, Freud se refirió al proceso de «simbolización» por medio del cual un agravio se había trasformado en dolor. Sin embargo, Freud, en su construcción teórica, denominó «conversión» a este proceso, perpetuando de ese modo el enigma que representa el salto de lo psíquico a lo orgánico. Es evidente que, para que los problemas de conversión y psicogénesis adopten dimensiones más manejables, todo lo que se necesita es conceptualizar en términos de traducción.

Sospecho que una de las razones, por lo menos, de que Freud no haya sustentado con firmeza el modelo de la traducción reside en que no captó muy bien qué tipo de simbolización había identificado. ¿De qué manera una bofetada en la mejilla puede «convertirse» en (lo que parece ser) una neuralgia del trigémino? ¿Cómo una puede ser símbolo de la otra? Freud no respondió a estas preguntas y, a decir verdad, tampoco las formuló. Procedió, en cambio, de esta manera. Primero *supuso* que la simbolización descripta más arriba es, en esencia, similar a la que se produce entre el símbolo verbal (signo convencional) y el referente (es decir, el objeto simbolizado). Prosiguió luego con su trabajo, considerando que esto era un hecho en vez de un

supuesto no verificado y, como resultó ser, inexacto. Por lo tanto, interpretó los síntomas histéricos como si estuviera traduciendo el antiguo griego al inglés moderno [Bohannan, 1954]. Por otra parte, enfocó el porqué de la simbolización por medio del modelo tradicional de la medicina. El problema se planteaba entonces en términos distintos: ¿Por qué se produce la conversión? O, expresado de modo más general, ¿por qué un paciente «desarrolla» histeria? Por este camino, Freud desembocaba en un clásico problema médico: el de la «etiología de la histeria».

Ahora bien: si consideramos que la histeria es un lenguaje, interrogarnos por su «etiología» será tan sensato como interrogarnos por la «etiología» de la matemática. Un lenguaje tiene una historia, una distribución geográfica y muchas otras características, pero no se puede decir que tenga «etiología».

Consideremos ahora el tipo de símbolo que Freud describió en la historia individual citada. Es necesario identificar y describir la relación de signos o de denotación entre el signo, el objeto y la persona. ¿De qué manera un dolor facial puede denotar una bofetada en la mejilla? ¿Por qué una ofensa debe denotarse de ese modo? Con respecto a la primera pregunta, parece que este tipo de simbolización depende de una doble relación.

Primero, tenemos la similitud entre el dolor causado por la bofetada y el dolor provocado por la neuralgia —es decir, cualquier tipo de afección física cuyo síntoma es el dolor facial—. Por consiguiente, el dolor facial de la señora Cecilia es un signo icónico de (el dolor debido a) una enfermedad del rostro. En realidad, todo dolor constituye, en cierta medida, un signo icónico de otro dolor.

Así como en la fotografía de un huevo reconocemos todos los huevos que hemos visto hasta ese momento, del mismo modo cada dolor que experimentamos está constituido, en parte, por todos los dolores experimentados en nuestra vida.

Segundo, el dolor de una mejilla abofeteada, o el que provoca un insulto o humillación, no es solo un signo icónico de la neuralgia facial, sino también un signo indicativo. Esto se debe a que el ser abofeteado —o lastimado de alguna otra manera — y el sentir dolor guardan entre sí relación temporal y causal. Conocemos, o podemos inferir, las «bofetadas» a partir de los «dolores», aun cuando este no sea el único medio de obtener dicha información. Por lo tanto, un dolor puede ser signo indicativo de haber recibido una bofetada en el rostro o de padecer neuralgia del trigémino, del mismo modo que tener fiebre puede ser signo indicativo de que se está incubando una infección. Ambos tipos de relaciones de signos forman parte de las pautas de comunicación que estamos considerando.

Así, por ejemplo, cuando una mujer le comunica a su esposo que tiene un dolor facial, sus palabras pueden «sonar» —en especial si, con anterioridad a ello, él la había ofendido— como si ella dijese: «¿Comprendes ahora cuánto me has lastimado?»[4]. Y si esta hipotética mujer comunica lo mismo a su médico, puede «sonar» —especialmente si este se preocupa por el estudio de las perturbaciones físicas del cuerpo humano— como si ella dijese: «Tengo una neuralgia del

trigémino». Aunque tanto el esposo como el médico interpretan el dolor como un signo icónico e indicativo a la vez, la interpretación difiere según su posición específica en la triple relación entre signo, objeto y persona (intérprete del signo). Debido a la especial posición que ocupa en esta relación triposicional, el psicoanalista tiende a interpretar que el dolor facial es un signo icónico —es decir, que esto «parece» una neuralgia, pero quizá no lo sea.

La segunda pregunta: «¿Por qué una bofetada en el rostro —o un acto humillante — debe denotarse de esta manera particular (por un dolor facial)?», se examinará en detalle en los capítulos siguientes, sobre todo en el capítulo 9. Bastará observar que, por regla general, el uso de este tipo de lenguaje corporal es fomentado por circunstancias que dificultan o imposibilitan la expresión verbal directa. La costumbre tradicional de referirse a los órganos y actividades sexuales mediante palabras en latín, en vez de usar los vocablos de nuestra lengua materna, ofrece un ejemplo típico. La traducción de lo que podría ser —o fue— un lenguaje corriente al protolenguaje cumple un propósito similar. Posibilita la comunicación correspondiente a un tema significativo, mientras que, al mismo tiempo, ayuda al que habla a desechar las implicancias perturbadoras de su mensaje. La elección específica de signos corporales está determinada, por lo general, por las características sociales e histórico-personales específicas del paciente, de acuerdo con los principios descubiertos por Freud.

El concepto de símbolo en psicoanálisis

Se ha sugerido que, cuando Freud se refería al recuerdo de una bofetada en la mejilla que se «convirtió» en dolor facial, no comprendía el tipo de simbolización que había identificado. El hecho de que aún hoy, a más de setenta años del trabajo original de Breuer y Freud, los psiquiatras y psicoanalistas sigan utilizando el concepto de simbolización de manera contradictoria y confusa, apoya la validez de ese supuesto. Comenté esto en otro trabajo [Szasz, 1957*c*], al referirme al problema de la esquizofrenia y su tratamiento (v. gr., por medio de la «realización simbólica»). Veamos ahora cómo se utilizan los conceptos de símbolo y simbolización en psicoanálisis.

Freud empleó el término «símbolo» en su sentido ordinario para referirse a la relación signo-referente. Puesto que distinguimos tres clases de signos diferentes, podríamos preguntar cuál era el tipo de signo que interesaba particularmente a Freud. Siempre que este y otros psicoanalistas hablaban de «símbolos» o de «simbolización», se referían a signos icónicos. Utilizaban estos términos para indicar, en general, que el ítem *X* representaba al ítem *Y*, y que esto era factible porque *X* se parecía a *Y*, o porque al usuario del signo (el paciente) X le hacía recordar a *Y*. En este caso, se trata de la descripción del ítem *X* que funciona como signo icónico del

ítem *Y* —p. ej., el paraguas como símbolo del pene, o el bolso de mano como símbolo de la vagina—. (Para el psicoanálisis, la palabra «símbolo» casi nunca se refiere a los signos convencionales). Sobre la simple, aunque fundamental, idea de similitud (iconicidad) se construyó una inmensa superestructura psicoanalítica de «simbolismos», pero a la luz de un examen más detenido, todo el edificio parece ser nada más que una tediosa reiteración de relaciones de similitud.

En sus estudios de los síntomas histéricos, por ejemplo, Freud [1910a] subrayó que el síntoma es siempre símbolo de un recuerdo traumático (reprimido). Una experiencia humana «dolorosa» es análoga, por lo tanto, a una enfermedad «dolorosa». Las afecciones dolorosas de diversas partes del cuerpo humano serían, entonces, signos icónicos de casi todos los acontecimientos desagradables concebibles. Freud sabía que utilizaba de esta manera el concepto de símbolo. Lo que sostengo es que no pudo distinguir este tipo de simbolización de otros. En una nota al pie de página, agregada en 1914 a *La interpretación de los sueños* [1900], Freud se aproximó mucho a una definición explícita del «símbolo freudiano» como signo icónico:

«Aristóteles señalaba que el mejor intérprete de sueños era el que podía captar con mayor facilidad las *similitudes*; pues las *imágenes oníricas, como las reflejadas en el agua*, *aparecen* desfiguradas y distorsionadas por el movimiento, y el mejor intérprete es el que puede reconocer lo que *verdaderamente representan*» [pág. 109], [Las bastardillas son mías].

Tanto Hall [1953] como Morris [1946] expresaron sus opiniones acerca del uso psicoanalítico del concepto de símbolo. Hall observó que Freud se basaba en la ley de asociación y, en particular, en la ley de semejanza, para explicar la formación de conexiones símbolo (signo)-referente. Enumeró la *semejanza* de forma, función, acción, color, valor, sonido, posición física y otras características como bases de los símbolos freudianos. Si bien los símbolos psicoanalíticos tienen un notable carácter icónico, varios de ellos se basan en una relación indicativa entre signo y referente. La Iglesia como símbolo de virtud constituye un ejemplo típico. Morris intentó explicar también la posición de los símbolos psicoanalíticos en el marco general de la semiótica, e hizo notar que son «iconos esencialmente generales» [pág. 276].

Por simple que pueda parecer, durante largo tiempo no se reconoció el carácter lógico de los llamados símbolos freudianos. Ferenczi, por ejemplo, escribió una serie de famosos ensayos, primero sobre la supuesta «materialización histérica», y luego acerca del «simbolismo», que solo son ejercicios reiterados para establecer relaciones icónicas entre ítems *aparentemente* inconexos. Así, su análisis de la histeria y la hipocondría [1919, 1923] consiste en demostrar cómo este o aquel síntoma «significaban» tal o cual cosa, porque para el paciente —y, a veces, para el analista— el síntoma era un signo icónico de su «significado» psicoanalítico. En sus artículos

sobre el simbolismo, Ferenczi sugirió que la ropa de cama nueva y limpia «significaba» una mujer (pura) inaccesible [1913*a*], o que una cometa podría simbolizar la erección del pene [1913*b*], y así sucesivamente [1914, 1921], Resulta claro que, potencialmente, tales símbolos son infinitos. Sin embargo, aún hoy aparecen en las revistas psicoanalíticas artículos que buscan «descubrir» símbolos nuevos [v. gr., Altman, 1949]. Este tipo de trabajo implica que los símbolos psicoanalíticos se consideran elementos que «existen en la naturaleza» —como depósitos de minerales o petróleo— y son «descubiertos» por los analistas. Si este no fuese el criterio predominante —es decir, si se admitiese que dichos símbolos solo representan relaciones de similitud que pacientes y analistas pueden construir en forma constante, por así decirlo—, sería difícil justificar la insistente preocupación por los símbolos que observamos en el psicoanálisis.

La idea del carácter existencial de los símbolos es inherente a muchos trabajos psicoanalíticos. Jung [1945, 1952], sobre todo, consideró que era un punto esencial de su psicología subrayar de manera explícita el «significado trascendental» o la (supuesta) universalidad de determinados símbolos (los llamados arquetipos). Esta cualidad «naturalmente dada» de ciertos signos icónicos sirvió de base a Fromm [1951, 1957] para elaborar su concepto de «símbolo universal», el cual ejemplifica el persistente fracaso del psicoanálisis en reconocer la naturaleza y función de los signos icónicos y las interrelaciones semióticas. Puesto que la relación signo-referente basada en la similitud es tan simple y esencial que todos los seres humanos pueden compartirla —pese a sus grandes diferencias culturales—, es posible considerarla «universal», pero dichos signos no bastan para constituir un «lenguaje», en el sentido estricto del término.

Los trabajos de Fliess [1959] representan el último intento psicoanalítico de esclarecer la naturaleza de la simbolización. Acuñó el término «pictorización» para describir el mismo tipo de relación signo-objeto que los lógicos llaman «icónica». Los ejemplos precedentes indican la importancia del problema de los símbolos en el psicoanálisis. Ilustran, asimismo, la tendencia a ignorar el trabajo de filósofos y semióticos [p. ej., Linsky, 1952], y a crear clasificaciones idiosincrásicas (psicoanalíticas) de los signos, que constituyen variantes del tema de la iconicidad.

Función del protolenguaje

Hasta ahora solo consideramos dos aspectos del «lenguaje corporal», característico de los llamados símbolos histéricos. Primero, identificamos los elementos de este lenguaje como signos icónicos (hicimos notar la ocasional presencia de signos indicativos). Sugerimos, además, el nombre de protolenguaje, con el fin de separarlo de —y vincularlo con— el lenguaje objetal y el metalenguaje. Segundo, analizamos la relación entre los signos icónicos del lenguaje corporal y los objetos que ellos

denotan. Este tipo de investigación se relaciona con los usos cognitivos del lenguaje; su propósito es poner en claro el significado de los signos elucidando la relación entre ellos y sus referentes, es decir, los objetos que representan.

En la ciencia de los signos (semiótica), la esfera correspondiente a los usos cognitivos del lenguaje se denomina *semántica*. De acuerdo con este uso, la semántica se ocupa de estudiar la relación entre signos y objetos (o *denotata*). Verdad y falsedad son índices semánticos de la relación entre el signo y el objeto. Debemos contrastar la semántica con la pragmática, que agrega la dimensión de referencia a las personas. En la pragmática se estudia la triple relación de signo-objeto-persona. La afirmación: «Esta frase es una ley física», ilustra el uso pragmático del lenguaje (metalenguaje), porque asevera que los físicos consideran cierta la frase [Reichenbach, 1951, págs. 15-16]. Aunque el término «semántica» tiene un significado más general y corriente, que designa cualquier clase de estudios que traten de las comunicaciones verbales, lo utilizaré aquí en su sentido restringido, lo cual es necesario para distinguirlo de otros tipos de análisis lingüísticos.

Según la clasificación de Reichenbach, se pueden diferenciar tres funciones, o usos instrumentales, del lenguaje: el informativo, el afectivo y el promotor. Examinaremos en forma breve cada una de estas funciones del protolenguaje.

Uso informativo del protolenguaje

Nos preguntaremos aquí cuál es el tipo de información trasmitida por medio de signos corporales icónicos y a quién se trasmite, qué eficacia tiene este modo de comunicación y cuáles son sus fuentes de error. Debemos tener en cuenta que, para realizar este tipo de análisis —es decir, para discutir la *pragmática del protolenguaje* — es indispensable expresar nuestros resultados en el lenguaje corriente o mediante algún refinamiento lógico de este. Por consiguiente, traducimos nuestros datos primarios a un sistema simbólico distinto, y superior desde el punto de vista lógico, de aquel en el que se da, por así decirlo.

El principal uso *informativo* de un típico signo corporal histérico —una vez más consideramos como paradigma de signo histérico un brazo paralizado— consiste en comunicar y, por ende, en convencer al receptor (del mensaje) que el paciente está incapacitado. Esto puede expresarse diciendo: «Estoy incapacitado», o «Estoy enfermo», o «Tengo una lesión», etc. Es probable que el «destinatario» del mensaje no sea una persona real, sino un objeto interno o una imagen parental (es decir, el superyó del paciente).

En el lenguaje corriente —y, en particular, en la práctica médica— se *confunde* siempre el uso pragmático del «lenguaje corporal» con el uso cognitivo. En otras palabras, cuando traducimos la comunicación no verbal de un brazo que no funciona a la forma: «Estoy enfermo», o «Sufro una perturbación orgánica», igualamos y

confundimos un pedido de ayuda difusa con una demanda de asistencia de tipo específico —en este caso, médico—. De este modo, la posibilidad de que la comunicación no haya sido empleada como medio de informar al receptor acerca de una necesidad o un deseo particular queda oscurecida o ignorada. Puesto que la afirmación del paciente es promotora, debe traducirse así: «¡Haga algo por mí!». Esta expresión es similar, desde el punto de vista lógico, al caso de alguien que dice: «¡Cierra la puerta!». El análisis cognitivo de tales mensajes es inadecuado y engañoso. No obstante, cuando los médicos realizan el diagnóstico diferencial de un síntoma histérico, estudian los signos corporales como si fuesen comunicaciones cognitivas. Por lo tanto, responden «Sí» o «No», «Cierto» o «Falso». Pero decir: «Sí, usted está enfermo» —como lo hicieron Breuer y Freud—, o: «No, usted no está enfermo [está fingiendo]» —tendencia propia de los médicos «inflexibles»— es *igualmente incorrecto*. Esto se debe a que solo con carácter semántico se puede decir que una afirmación es verdadera o falsa. Desde un enfoque pragmático, el problema reside en que el receptor del mensaje crea en lo que le han dicho o no. Reichenbach [1947] escribió:

«Hay que comprender claramente que el uso instrumental del lenguaje pertenece a una categoría a la que no se aplican los predicados “verdadero” y “falso”. Estos expresan una relación semántica, es decir, una relación entre signos y objetos; pero como el uso instrumental corresponde a la pragmática, es decir, incluye al usuario del signo, no se puede juzgar si es verdadero o falso» [pág. 19].

Esto explica por qué, en la medida en que la psiquiatría se interesa en estudiar a los usuarios de signos, es forzoso que el análisis puramente semántico de las comunicaciones deba pasar por alto algunos de los aspectos más significativos de los fenómenos considerados.

Desde el punto de vista del análisis pragmático, el enfoque tradicional del fingimiento en el caso de la histeria se limita, simplemente, a la incredulidad y el rechazo del uso cognitivo de este tipo de comunicación. A la inversa, la actitud psicoanalítica se caracteriza porque el oyente cree en lo que dice el paciente; sin embargo, la base de esta creencia es aceptar las palabras del paciente sólo como un informe y no como una proposición verdadera. Es como si el psicoanalista le dijera al paciente: «Sí, considero que usted cree que está enfermo [en el sentido de que su organismo sufre un trastorno]. Sin embargo, su creencia quizá sea falsa. En realidad, es posible que usted crea estar enfermo —y quiera que yo lo crea— para que no tengamos que ocuparnos de sus “verdaderos problemas”».

Investigar si un modo particular de comunicación sirve para informar o para algún otro propósito es indispensable si se desea clasificar las diversas situaciones comunicacionales. El objetivo de la citarla es participar en una relación humana fácil y placentera. La transición de mensajes significativos no constituye una parte

necesaria de esta situación, que contrasta con la situación de enseñanza, donde el maestro debe trasmitir cierto grado de información nueva a los alumnos.

Con respecto a la medicina y la psiquiatría (psicoanálisis), es necesario hacer una distinción similar. Cada una de estas disciplinas tiene intereses y actitudes diferentes hacia los signos corporales. Los médicos, a quienes interesa el funcionamiento y la paralización del cuerpo humano en tanto máquina, consideran que el «lenguaje corporal» se expresa en función de mensajes significativos desde el punto de vista cognitivo. Así, por ejemplo, el dolor opresivo en el pecho que siente el hombre de edad madura se conceptualiza como un mensaje que informa al médico de la existencia de una oclusión coronaria.

En cambio, los psicoanalistas se empeñan —no en el sentido de una certeza inalterable, sino solo en el sentido de que esta posición constituye su actitud operacional característica— en considerar que esos mismos fenómenos no poseen valor cognitivo, por lo menos en la forma en que se presentan. Por consiguiente, mientras la labor del médico consiste en diagnosticar y tratar a los pacientes, incumbe al psicoanalista alentar la actitud autorreflexiva del paciente hacia sus propios signos corporales, para que los traduzca a símbolos verbales. Este proceso de traducción (o de trasformación de signos), aunque puede describirse con una simple frase, es, en la práctica, un trabajo muy difícil. A mi juicio, constituye el núcleo básico de lo que se llama, de manera tan engañosa, proceso de «tratamiento psicoanalítico» y «cura psicoanalítica».

Uso afectivo del protolenguaje

La segunda función que puede cumplir el lenguaje es suscitar en el oyente, en forma deliberada, ciertas emociones, induciéndolo de ese modo a responder con determinadas acciones. Reichenbach la denominó uso sugerente del lenguaje, y yo propuse designarla uso afectivo. La poesía y la propaganda, por ejemplo, cumplen esta función. Pocas manifestaciones están enteramente libres de un componente afectivo (y promotor).

Resulta difícil exagerar la importancia del uso afectivo del «lenguaje corporal» o, en términos generales, del «lenguaje de la enfermedad». El efecto de la pantomima histérica —para emplear la feliz metáfora de Freud— es una cuestión de conocimiento cotidiano. Compadecer a los enfermos, tratar de ayudarlos y ser especialmente bondadosos con ellos forma parte de nuestro sistema ético, esto es, de las reglas mediante las cuales jugamos el juego de la vida. La comunicación por medio de signos corporales suele tener, por lo tanto, este tipo de propósito instrumental. (La tercera función del lenguaje, o sea, inducir al oyente a actuar, se conecta de modo íntimo con la función de influir en el estado de ánimo). Los signos corporales pueden tener solo el propósito de inducir en el receptor del mensaje

sentimientos de diversa naturaleza: «¿No siente pena por mí?», «¡Debería avergonzarse de lastimarme de ese modo!», «¡Tendría que estar triste [y no feliz y contento] al ver cómo sufro!», y así sucesivamente.

En este sentido, puede ser esclarecedor considerar otras situaciones donde las comunicaciones se utilizan con un propósito similar. Los rituales en que se muestra la imagen de Cristo crucificado son muy ilustrativos. Este espectáculo actúa en el sujeto receptor como inductor del ánimo, ordenándole sentirse humilde, culpable, muy intimidado y en general coartado, y por lo tanto listo para ponerse a tono con los mensajes de quienes pretenden hablar en representación del hombre y del hecho de los que la estatuilla es un signo icónico. En forma análoga, la *grande hystérie* observada en la Salpêtrière, o las espectaculares «sensaciones corporales esquizofrénicas» que encontramos hoy día, representan comunicaciones en los contextos de situaciones comunicacionales específicas, cuyo objetivo es sugerir e inducir un estado de ánimo antes que trasmitir información cognitiva. Y producen, en realidad, una disposición anímica, como si el mensaje hubiera querido decir: «¡Fíjese en mí!», «¡Présteme atención!», «¡Tiene que impresionarse al verme tan enfermo [ya que descuello, por lo menos, por la gravedad y la naturaleza terrible de mi enfermedad]!», «¡Enójese conmigo [y castígueme]!», «¡Mire qué fastidioso e irritante puedo ser!». Es notorio que el «lenguaje corporal» resulta muy eficaz para inducir estos cambios, y otros similares, del humor [Szasz, 1959*f*]. En este sentido, es proverbial que, con solo derramar unas cuantas lágrimas, las mujeres logren que los hombres hagan casi cualquier cosa. El conocido proverbio que dice: «El que no llora no mama», expresa más o menos la misma idea. En todo esto está implícita la convicción de que una queja puede ser a veces más eficaz para movilizar a la gente que una simple declaración informativa.

Por regla general, siempre que el individuo se siente incapaz de imponerse a los objetos significativos de su entorno —por medio de mecanismos «normales», como la palabra— tiende a trasladar sus argumentos al idioma del protolenguaje (v. gr., llanto, signos corporales). En otras palabras, cuando el objeto de nuestro afecto no «escucha» las quejas o súplicas verbales, nos veremos obligados, o por lo menos incitados, a recurrir a signos corporales icónicos para comunicarnos[5]. *Hemos llegado a considerar que este fenómeno general, susceptible de adoptar gran variedad de formas, es «enfermedad mental»*. Por lo tanto, en vez de considerar que la gente participa en diversos tipos de comunicaciones establecidas en distintas situaciones comunicacionales (o sociales), construimos —y llegamos a creer en— varios tipos de enfermedades mentales, como la «histeria», la «reacción somática», la «hipocondría», la «esquizofrenia», etcétera.

Uso promotor del protolenguaje

La tercera función del lenguaje consiste en lograr que el oyente realice ciertos actos, y la denominamos uso promotor del lenguaje; lo ilustran órdenes como: «¡No robarás!», o «Doble a la derecha». El empleo del modo imperativo explícita el uso promotor del lenguaje. Las oraciones en modo indicativo también pueden cumplir esta función, como cuando se dice «Todos los hombres son creados iguales». Aunque se trata, en apariencia, de una afirmación descriptiva-especificativa, resulta claro que está destinada a ser —y, en realidad, solo puede ser— prescriptiva y promotora.

Las afirmaciones prescriptivas no pueden designarse con los rótulos de «verdadero» o «falso». Reichenbach [1947] sugirió un método sencillo para trasformar las relaciones pragmáticas en declaraciones que puedan considerarse «verdaderas» o «falsas». Esto se logra mediante frases que incluyan en forma explícita al usuario del signo. «Así, la cláusula imperativa "cierre la puerta" se puede coordinar con la oración indicativa "el señor *A* quiere que la puerta esté cerrada". Esta frase es verdadera o falsa» [pág. 19]. La cláusula indicativa, sin embargo, puede carecer de la función instrumental (promotora) que tenía la frase prescriptiva.

El enmascaramiento de las afirmaciones promotoras bajo la apariencia de frases indicativas es de gran importancia práctica en psiquiatría. Las declaraciones acerca de la «psicosis» o la «insania», provenientes de personas que no son el psiquiatra ni el paciente, giran casi siempre en torno de combinaciones no explicitadas de estas dos formas lingüísticas. Así, por ejemplo, la afirmación «John Doe es psicótico» es, en apariencia, indicativa e informativa. Empero, de ordinario es promotora antes que informativa, y se la puede traducir —si incluimos en forma explícita a los usuarios de signos— así: «A la señora de John Doe no le gusta como actúa su esposo. El doctor James Smith cree que los hombres dominados por los celos son "locos" y potencialmente peligrosos. Por lo tanto, la señora Doe y el doctor Smith quieren confinar al señor Doe en un hospital». Es indudable que las frases indicativas no tienen el mismo efecto promotor que la afirmación mucho más breve referente a la «psicosis».

Si el lenguaje se usa para promover una acción y no podemos afirmai que exprese una verdad o una falsedad, ¿qué respuesta daremos? En tales casos, contraponemos un uso promotor a otro. Las palabras «bien» y «mal», de carácter imperativo, cumplen esta función. Por consiguiente, al mandato «no robarás» puede responderse diciendo «está bien» o «está mal», según que queramos aceptar o no como propia esta orden. Al decir «está bien» decidimos concordar, y al decir «está mal», discrepar con los valores y las correspondientes actitudes emocionales de la persona que habla.

El uso promotor es, sin duda, la forma más clara en que los pacientes (y los médicos) emplean el «lenguaje corporal». Me refiero a síntomas como, por ejemplo, la cefalalgia o la dismenorrea en una mujer presa de un estado de opresión excesiva o de angustia. Al comunicarse en función de estos malestares (síntomas), podrá inducir al esposo a mostrarse más atento y servicial con ella. Y si no al esposo, a su médico. El significado inductor de la acción de los signos corporales icónicos puede

parafrasearse de este modo: «[Estoy enferma, por lo tanto (…)] ¡Cuídame!», «¡Sé bueno conmigo!», «¡Diga a mi esposo que haga tal y cual cosa!», «¡Diga al tribunal y al juez que yo no fui responsable!», y así sucesivamente.

Desde el punto de vista de nuestro actual análisis, consideramos que el cambio de «fingimiento» por «histeria» (y por «enfermedad mental») —el cual implica dar nuevos nombres a determinadas formas de conducta que se parecen a enfermedades — no es otra cosa que un cambio lingüístico empleado con el propósito de lograr que el oyente adopte un nuevo tipo de actitud canalizada hacia la acción. El cambio verbal, tal como lo propugnó Charcot, sirvió para que los encargados de atender a los «histéricos» abandonasen su posición moral condenatoria hacia ellos y adoptasen, en cambio, una actitud benevolente y solícita, tal como cuadraba al médico enfrentado a su paciente.

8. La histeria como lenguaje no discursivo

«La inteligencia es astuta; si una puerta está cerrada, encuentra otra entrada, o incluso la violenta, para introducirse en el mundo. Si un simbolismo es inadecuado, utiliza otro; no hay ningún mandato eterno que rija sus medios y sus métodos. De modo que acompañaré a lógicos y lingüistas hasta donde ellos quieran, pero no prometo no ir más lejos, porque existe una posibilidad inexplorada de auténtica semántica más allá de los límites del lenguaje discursivo». Susanne K. Langer [1942, págs. 69-70].

Comprender la función o los usos del lenguaje puede ser fácil y difícil a la vez. Es bastante fácil si limitamos la tarea a ver la función del lenguaje en una disciplina especializada, como la lógica o la matemática. Es en cierta medida difícil si tratamos de explicar todos los usos de la conducta comunicacional del hombre.

Las dos funciones principales del lenguaje son: 1) informar e influir, y 2) expresar emociones. La distinción entre los usos cognitivo-informativo y afectivo-expresivo del lenguaje es análoga a la tradicional división de la «mente humana» en las «partes» cognitiva y emocional. La rígida adhesión a esta clasificación tiende a recodificar y alentar la engañosa dicotomía entre pensamiento puro o cognición, por una parte, y emoción pura o sentimiento, por la otra. El análisis de la función de los lenguajes no discursivos debe ayudarnos a modificar esta falsa imagen del hombre y su «mente».

Nuestro conocimiento acerca de los usos informativos del lenguaje es el más amplio y completo. La lógica, la matemática y las ciencias emplean el lenguaje sólo, o sobre todo, de esta manera. Debido, quizás, a que la ciencia se liga de manera tan íntima con el uso informativo del lenguaje, los científicos y filósofos señalaron repetidas veces que «la tarea esencial del lenguaje es afirmar o negar los hechos» [Russell, 1922, pág. 8]. Empero, esto sólo es válido para el lenguaje de la ciencia, la matemática y la lógica, pero es falso para la conducta que utiliza signos y que encontramos en muchas otras situaciones. Como observó con acierto Rapoport [1954]:

«No es necesario estudiar libros de filosofía para encontrar palabras sin referentes. Todo comienzo de un discurso, un sermón, un editorial periodístico o un anuncio comercial radiofónico sigue la misma tradición filosófica de reforzar la ilusión de que todo aquello de lo cual se habla es real: el éxito, la caridad, la opinión pública y el alivio para la indigestión por cuatro vías distintas. En realidad, nada es más fácil que “definir” estos sonidos como si significaran algo» [pág. 18].

Estos «sonidos» del lenguaje cotidiano, que tienen mucho en común con los

«sonidos» de los síntomas psiquiátricos, requieren que consideremos la segunda función principal del lenguaje. Esta consiste, según los lógicos, en expresar emociones, sentimientos o deseos. Estas expresiones no son —siguiendo a Langer [1942]— «símbolos para el pensamiento, sino *síntomas de la vida interior*, como la risa y las lágrimas, el canturreo o la blasfemia» [pág. 67]. [Las bastardillas son mías]. Langer, con cuyas opiniones concuerdo, criticó esta visión en blanco y negro del lenguaje, conforme a la cual los signos que carecen de referentes claramente definidos fuera de la persona que habla se consideran meras expresiones de su vida interior. Si bien no se niega la función expresiva, algunos sostienen que varios sistemas de signos pueden tener funciones que son representativas-informativas y expresivas al mismo tiempo. En *Philosophy in a new key* [1942], Langer afirmó que se necesitaba una «auténtica semántica más allá de los límites del lenguaje discursivo» [pág. 70]. Aunque Susanne Langer hizo algunas sugerencias provisionales acerca de las direcciones en que se podría buscarla, en particular con respecto al lenguaje de la música y las artes visuales, casi todo su trabajo en este sentido permaneció en un nivel programático. Uno de los propósitos de este libro es utilizar este programa ofreciendo un *análisis semiótico sistemático de una forma lingüística que se consideró hasta ahora puramente expresiva*, esto es, el lenguaje de determinados signos corporales.

Lenguajes discursivos y no discursivos

La distinción entre sistemas simbólicos —o, de manera general, lenguajes— discursivos y no discursivos demostró ser una polaridad indispensable para la lógica y la filosofía modernas. Consideraremos primero qué se entiende por estos conceptos, y luego, cómo se aplica a nuestro problema específico.

Además de clasificar los lenguajes en lenguaje objetal y metalenguaje —según su «nivel» o complejidad lógicos—, los filósofos postularon otro ordenamiento de los sistemas simbólicos, basado en el grado de su discursividad. *La discursividad es, en esencia, una medida de la arbitrariedad de la simbolización*. La matemática y los lenguajes de las diversas ciencias cumplen la única función de trasmitir información. Los llamados lenguajes no discursivos (o, mejor dicho, poco discursivos), por otra parte, sirven en gran medida para facilitar la expresión emocional. El arte, la danza y el ritual son ejemplos característicos. En estas comunicaciones, la simbolización es idiosincrásica antes que convencional.

Langer subrayó la significación especial de la imagen como símbolo [1942, págs. 76-77], e hizo notar que la foto de una persona, por ejemplo, no describe al hombre que posó para ella, sino que presenta una réplica de aquel. Por eso, al simbolismo no discursivo se lo llama a veces presentacional. Es evidente que, mientras el simbolismo discursivo tiene principalmente una referencia general, el no discursivo

presenta, en cambio, un objeto individual y específico. Aquel es, por lo tanto, eminentemente abstracto; este, perfectamente concreto. La palabra «manzana» alude a todas las manzanas concebibles del universo, pero no designa, *per se*, ninguna manzana determinada. La fotografía de una manzana, por el contrario, representa solo la manzana específica cuya imagen reproduce [Ruesch y Kees, 1956].

En las formas más primitivas del lenguaje escrito, la representación formal de la comunicación se lograba por medio de signos icónicos. Los jeroglíficos son una forma de pictografía. Según Schlauch [1942], los dos elementos más simples del lenguaje escrito son la pictografía y la ideografía. Ambas expresan sus mensajes por medio de imágenes que se parecen al objeto o idea trasmitida. Podríamos considerar que son los prototipos más antiguos de lo que hoy se denomina codificación analógica[1]. La *cinésica* [Birdwhistell, 1949] sería, por lo tanto, el intento moderno de investigar e interpretar de manera sistemática los jeroglíficos que escribe el individuo, no en tablillas de mármol, sino en —y con— su propio cuerpo.

Las ventajas del simbolismo discursivo para trasmitir información se conocen y, por lo general, se aprecian. En cuanto al simbolismo no discursivo, ¿tiene otra función que no sea la de expresar emociones? En realidad, cumple varias funciones. Examinaremos primero su valor para trasmitir un tipo especial de información. Puesto que los símbolos, verbales *describen* los objetos de manera más o menos general y abstracta, la identificación de un objeto específico requiere muchos circunloquios (a menos que tenga un *nombre*, el cual es un tipo muy especial de signo discursivo).

«Por esta razón —escribió Langer [1942]—, la correspondencia entre la imagen de una palabra y un objeto visible nunca puede ser tan estrecha como la que existe entre el objeto y su fotografía. Esta última, que se ofrece de inmediato al ojo inteligente, trasmite un increíble y rico caudal de información, sin que sea necesario detenerse a interpretar significados verbales. Esto explica por qué usamos una fotografía antes que una descripción en el pasaporte y en la Galería de Rogue» [pág. 77].

Una breve reflexión nos revelará que los signos corporales histéricos, *en tanto imágenes*, tienen una similitud mucho más grande con los objetos que representan que las palabras que describen a esos mismos objetos[2]. El hecho de trasmitir por medio de signos corporales —parálisis o convulsiones, por ejemplo— la idea y el mensaje «estoy enfermo» es más vivido e informativo que pronunciar las palabras «estoy enfermo». *Los signos corporales retratan —en términos literales, presentan— el sentido exacto en que el paciente se considera enfermo*. Podríamos decir, por lo tanto, que en el simbolismo de su síntoma el paciente presenta en forma muy condensada su propia autobiografía. Esta cualidad es apreciada por los psicoanalistas. El síntoma presentado por el paciente —si lo tiene— encierra, por así decirlo, toda la historia *y* la estructura de su «neurosis»: esto forma parte de la sabiduría del

psicoanálisis clínico. Cuando los psicoanalistas dicen que aun el síntoma más simple sólo puede comprenderse en forma plena mirando hacia atrás, en busca de un análisis completo del paciente, quiere significar que para comprender el «síntoma» de este debemos conocer todas las características históricamente singulares de las circunstancias sociales y el desarrollo de su personalidad.

En los casos de enfermedades orgánicas típicas, la situación es muy distinta. El síntoma del paciente —v. gr., angina pectoris (provocada por insuficiencia coronaria) — no es autobiográfico. En otras palabras, no es personal e idiosincrásico; no lo es, por lo menos, de manera característica. En cambio, está anatómica y fisiológicamente determinado. La estructura del organismo establece límites definidos a su función. El dolor subesternal no puede ser, de ningún modo, signo de un quiste ovárico roto, por ejemplo. Sostengo que el conocimiento de las reglas de la fisiología y la anatomía patológica permite inferir el «significado» de los «mensajes» de determinados síntomas corporales. Con el fin de hacer inferencias similares a partir del simbolismo icónico, de nada sirve estar familiarizados con la lógica del lenguaje médico. Se requiere, en cambio, conocer la personalidad del usuario de los signos, incluidos sus antecedentes familiares, su historia personal, su religión, su ocupación, etc. Por lo tanto, aunque los llamados síntomas psiquiátricos son idiosincrásicos (es decir, personales), deben revelar algunas pautas regulares. Estas dependerán de las vivencias personales y sociales del paciente, o sea, de todo cuanto aprendió como ser humano. El psicoterapeuta experto (o «intuitivo») es aquel que conoce los «significados» de las pautas predominantes correspondientes a los problemas o «síntomas psiquiátricos» de una determinada cultura.

Se supone que la forma de simbolismo no discursivo debe servir para expresar y comunicar fácilmente los llamados problemas psiquiátricos. Estos atañen a dificultades que son, por naturaleza, experiencias concretas. Los seres humanos tienen inconvenientes con sus madres, padres, hermanos, etc., *como seres humanos concretos*. No sufren los efectos de los complejos edípicos o los instintos sexuales abstractos. Esto sólo implica afirmar algo que es obvio. De aquí se infiere que el uso de signos personales icónicos tiene la ventaja de referirse de manera específica a un objeto individual. Los signos icónicos y la mayoría de los «síntomas psiquiátricos» no tienen —a diferencia de los símbolos del lenguaje ordinario— una referencia general, sino que designan individuos o hechos específicos. La trasformación —ya que no es apropiado llamarla traducción— de los símbolos no discursivos en signos convencionales (palabras comunes), tal como ocurre en el curso del psicoanálisis y de algunas formas de psicoterapia, constituiría, por lo tanto, un proceso de cambio de la personalidad («tratamiento»). Esto no significa que la verbalización *per se* constituya la característica más significativa del «tratamiento» psicoanalítico. Tampoco debemos confundir esta idea con la primitiva noción psicoanalítica de «catarsis». Por el contrario, el análisis semiótico de las operaciones psiquiátricas nos permitiría comprender y describir mejor los mecanismos precisos mediante los cuales la

conversión suele ayudar a la gente a enfrentar los problemas de su vida.

Carácter no discursivo de la histeria

Para no perdernos en el laberinto de las abstracciones, insuficientemente apoyadas en observaciones empíricas, consideremos algunas exposiciones clínicas de Freud, ya citadas. Estas ponen en claro que los aspectos comunicacionales de los síntomas histéricos son incomprensibles en función de la lógica del lenguaje cotidiano. Al estudiar las diferencias entre dolores de carácter orgánico e histérico, Freud [Breuet y Freud, 1893-1895] expresó:

«En primer lugar, me parecía singular la imprecisión general de los datos que la paciente, muy inteligente, sin embargo, me ofrecía en relación con el carácter de sus dolores. Un enfermo que padece *dolores orgánicos* los describirá —si no es, *además, nervioso— con toda precisión y claridad*, detallando si son o no lancinantes, con qué intervalos se presentan, a qué zona de su cuerpo afectan y cuáles son, a su juicio, las influencias [causas] que los provocan. En cambio, cuando el *neurasténico describe sus dolores* tenemos la impresión de que se halla abocado a una labor intelectual difícil, que supera sus propias fuerzas. Es evidente que, a su juicio, *el lenguaje es demasiado pobre para expresar sus sensaciones*, las cuales constituyen algo único, jamás experimentado por nadie, siendo imposible agotar sus descripción» [pág. 133]. [Las bastardillas son mías].

La excelente descripción clínica de Freud pone de manifiesto que al paciente le resulta muy difícil encontrar palabras que expresen sus «sensaciones». Esto también suele ser cierto en el caso de pacientes que hablan de sensaciones corporales asociadas con muchos síndromes psiquiátricos no histéricos —v. gr., hipocondría, esquizofrenia, depresión— [Szasz, 1957*a*]. Por lo general, se postulan dos explicaciones para este fenómeno. La más frecuente lo atribuye al «hecho» de que el paciente experimenta sensaciones peculiares o raras, difíciles de traducir en palabras [Fenichel, 1945]. La otra causa sería el empobrecimiento general en el uso del lenguaje verbal. Sin negar la validez de ambas explicaciones, quisiera sugerir otra. El síntoma —p. ej,, un dolor o una sensación corporal— puede formar parte de un sistema simbólico, aunque no de tipo discursivo. La dificultad para expresar la «sensación» en lenguaje verbal se debe al hecho de que es imposible traducir los lenguajes no discursivos a otros idiomas, y mucho menos a las formas discursivas. Rapoport [1954] expresó con claridad este concepto:

«Cuando tenemos que tratar con lenguajes no discursivos, la traducción se torna totalmente imposible. No podemos traducir la música al inglés, por ejemplo. Es evidente la dificultad para traducir poemas de un idioma a otro, sobre todo si los

idiomas corresponden a culturas muy distintas. La más meticulosa descripción de una danza o un ritual no puede reflejar la verdadera esencia de lo que describe.
»La razón de esta diferencia entre los lenguajes discursivo y no discursivo reside en el hecho de que los símbolos no discursivos no son arbitrarios, como los discursivos: se relacionan en forma estrecha con el significado que deben trasmitir. Los referentes de los símbolos no discursivos [si podemos llamarlos de esta manera] no están "allí fuera", en el mundo exterior. No se llega a la conexión entre símbolo y referente por un acuerdo explícito entre los comunicantes, como en el caso de los símbolos discursivos. Por el contrario, los referentes de los símbolos no discursivos están en el interior de los comunicantes. En consecuencia, solo tienen significado si estos armonizan de alguna manera entre sí» [pág. 199].

La tesis de que los referentes de los símbolos no discursivos solo tienen significado si los comunicantes armonizan mutuamente concuerda con las experiencias empíricas del psicoanálisis. La técnica psicoanalítica descansa en el supuesto tácito de que no podemos conocer el problema que perturba a nuestros pacientes —en realidad, ni siquiera debemos esperar conocerlo—, hasta tanto no hayamos establecido una relación armónica con ellos.

Función informativa de los signos corporales icónicos

Los filósofos y estudiosos de la semiótica se preocuparon desde hace tiempo por dilucidar en qué medida y de qué manera se pueden usar los lenguajes no discursivos para trasmitir información. Hasta ahora, el peso de la opinión favoreció a quienes sostuvieron que los lenguajes no discursivos no pueden utilizarse para ese fin, porque los signos no discursivos señalan sus referentes en forma demasiado vaga y ambigua. Al mismo tiempo, se admite en general que mediante estos sistemas simbólicos se produce cierto tipo de trasmisión informativa. Los psiquiatras se interesaron desde tiempo atrás por la función informativa de un tipo especial de lenguaje no discursivo, o sea, el lenguaje de los signos corporales histéricos. Si bien la histeria se enfocó *como si fuera un lenguaje*, no ha sido objeto de la correspondiente codificación sistemática. Conviene que examinemos, por consiguiente, *los usos informativos de los signos corporales icónicos como un sistema de lenguaje no discursivo*[3].

El uso informativo del lenguaje depende, por lo general, de los referentes de sus símbolos. El criterio positivista radical, que en la actualidad cuenta, quizá, con pocos adherentes, sostiene que los lenguajes no discursivos carecen de referentes. Se afirma, en consecuencia, que los mensajes forjados con este lenguaje no tienen sentido (desde el punto de vista cognitivo-informativo). Una posición filosófica más equilibrada —que hoy se acepta, según creo, de manera más amplia— considera que la diferencia entre los lenguajes discursivo y no discursivo es una cuestión de grado

más que de clase. De este modo, los lenguajes no discursivos también tienen referentes y «significado cognitivo».

Rapoport [1954], verbigracia, sugirió que los referentes de los símbolos no discursivos son los «estados internos» de los comunicantes. Si bien admitía que los lenguajes no discursivos tienen referentes, adhirió, no obstante, a una clasificación en cierta medida dicotómica —«allí fuera-aquí dentro»— de esos referentes. Consideró que los referentes discursivos se prestaban de modo ideal a trasmitir información, mientras que los referentes no discursivos cumplirían la función que denominé *afectiva*, es decir, permitir la trasmisión de un estado emocional de una persona a otra (dolor, alegría, pena). Este fenómeno se conoce en psiquiatría clínica y también en el mundo del arte. En psiquiatría hablamos, por ejemplo, del carácter «contagioso» de la angustia, como en el caso del pánico que cunde en un teatro que se está incendiando. Aunque este proceso puede describirse como la reproducción del «referente interno de un comunicante en el interior del otro» [Rapoport, 1954, pág. 200], esta descripción es algo engañosa, pues parecería que, por lo menos en algunas circunstancias, tiene lugar una comunicación cuya índole cognitiva es más auténtica.

Claro está que este tipo de comunicación es simple y concreta. A pesar de ello, *no es una mera* comunicación de la experiencia interna del sujeto emisor. Consideremos el ejemplo de la gente que huye de un teatro presa de las llamas. El comportamiento de algunos miembros de la audiencia, sobrecogidos de terror, puede significar *más* que mero pánico, incluso para quienes no vieron las llamas, ni oyeron gritar «¡luego!». Es verdad que, en un primer momento, el individuo puede responder a la función puramente afectiva del lenguaje corporal: «La gente que me rodea tiene miedo, está aterrorizada; yo también *siento* pánico». Empero, junto con esto se produce la comunicación simultánea de un mensaje más informativo (cognitivo): «¡Estoy en peligro! Debo huir para salvarme o, de lo contrario, cerciorarme de que estaré seguro [por ejemplo, verificando, como mejor pueda, si el peligro es real]».

El fin de este ejemplo es mostrar que el referente contenido *en* el comunicante —es decir, su afecto— no puede separarse de la *relación del sujeto con el mundo que lo rodea*. En otras palabras, los afectos son a la vez privados («referentes internos») y públicos (índices de relaciones entre el yo y el o los objetos) [Szasz, 1957*a*]. Los afectos (sentimientos, sensaciones) son, de este modo, el vínculo primario entre las vivencias internas y los hechos externos, públicamente verificables Esta es la base que permite atribuir a los referentes de los lenguajes no discursivos significados que van más allá del mero nivel subjetivo e idiosincrásico. Por ende, la limitación o el defecto de los signos corporales icónicos no reside solo en la subjetividad de la experiencia y su expresión, esto es, en el hecho de que nadie puede sentir el dolor de otro. Por el contrario, depende en parte de que esos signos —v. gr., una persona que se retuerce de dolor— presentan una imagen que, por sí sola, tiene un contenido cognitivo muy limitado.

Con respecto a esto, es pertinente el estudio de los *gestos*. Critchley [1939]

describió muchos paralelos notables en el desarrollo, uso y patología del lenguaje y el gesto. El gesto es la facultad de comunicación más temprana, el «hermano mayor de la palabra» [pág. 121]. Este hecho evolutivo concuerda con el uso cognitivo más o menos primitivo para el que puede servir esta forma de comunicación y con el aprendizaje igualmente primitivo (imitación, identificación) al cual contribuye. En términos semióticos, el gesto es un sistema de signos de muy alta iconicidad, el lenguaje verbal tiene muy baja iconicidad, mientras que la notación matemática no es icónica.

Critchley describió también la naturaleza concreta, orientada hacia la acción, de la comunicación gestual comparada con el carácter relativamente más abstracto y, por lo tanto, más contemplativo en potencia, del lenguaje:

«La debilidad del arte de la mímica reside en las dificultades que enfrenta la narración tan pronto como se abandona la acción, o el diálogo de la acción. Resulta casi imposible abordar de manera inteligible situaciones como hablar de una persona que aún no apareció en escena o está fuera del escenario, de un objeto que no se halla en este, detallar una acción pasada o delinear una futura» [página 102].

Los gestos concretos orientados hacia la acción son manifestaciones de una etapa temprana de la historia de la maduración del ser humano en tanto *animal social*. La capacidad para esperar y diferir la acción, controlar los impulsos, aprender por abstracción antes que por imitación y, por último, aprender el proceso de aprendizaje mismo, son características distintivas de una creciente maduración psicosocial. En conjunto, cuando se manifiestan en funciones simbólicas diversas y cada vez más complejas, establecen las diferencias entre el adulto y el niño.

Histeria, traducción e información errónea

Cuando los signos corporales histéricos se utilizan para trasmitir información, adolecen de la misma debilidad que tienen, en general, los lenguajes no discursivos. Los lenguajes débilmente discursivos no se traducen con facilidad a lenguajes fuertemente discursivos. Cuando se intenta realizar una traducción de este tipo, las posibilidades de error son muy grandes, ya que casi toda versión discursiva del «mensaje» original será, en cierto sentido, falsa. Existen, por consiguiente, dos razones básicas para que los síntomas histéricos den informes erróneos con tanta frecuencia. La primera, mencionada más arriba, es la dificultad lingüística de verter el simbolismo no discursivo a la forma discursiva. La otra razón es que el mensaje puede estar destinado a un objeto interno arcaico y no al receptor, que realmente lo interpreta *aquí* y *ahora*.

Siempre que una comunicación expresada en el idioma de los signos corporales icónicos se interpreta (es decir, se traduce) en el lenguaje científico-cognitivo de la

medicina, es seguro que se producirá una información errónea. Es ilustrativo el caso del paciente que «dice» estar enfermo mediante la pantomima histérica, y cuya comunicación el facultativo interpreta en función del lenguaje médico. Puesto que, de acuerdo con este idioma científico específico, «enfermedad» significa un trastorno orgánico, el mensaje original del paciente constituirá una muestra de información errónea (para el médico).

La información errónea —sea esta una equivocación o una mentira— puede comunicarse por medio del lenguaje ordinario o de los signos corporales icónicos. Hablamos de una mentira cuando se considera que la información errónea sirve a los intereses del sujeto, que trasmite en forma deliberada el mensaje falso. Una equivocación es, en cambio, un error involuntario. Por consiguiente, una «equivocación deliberada» es una imposibilidad lógica, pero los errores cometidos por ignorancia o falta de capacidad, condiciones que podrían ser resultado de un planeamiento deliberado, son factibles.

Los conceptos de *mentira* y *equivocación*, como dos categorías del error, equivalen en gran medida a los conceptos de *fingimiento* e *histeria*. Cuando los médicos —u otras personas— hablan de fingimiento, suponen que el paciente miente con el fin de obtener un beneficio para sí mismo. En cambio, la equivocación es un error con el que no suele beneficiarse la persona que lo comete, aunque podría hacerlo, puesto que es involuntario. Se cree a menudo, en forma equivocada, que los errores —a diferencia de las mentiras— son siempre perjudiciales para quienes los cometen. En este sentido, hay también un paralelo entre estar errado y estar enfermo. Es obvio que ambos son desagradables y potencialmente nocivos, pero, sin embargo, pueden resultar provechosos. Así como el fingimiento por medio de signos corporales corresponde a la mentira verbal, del mismo modo la «histeria» y la «enfermedad mental» significan cometer un error. Al describir este contraste entre mentir y equivocarse, eludí en forma deliberada el concepto de conciencia. Creo que los términos «de modo consciente» y «de manera inconsciente», cuando se emplean como explicaciones, complican y oscurecen el problema. La tradicional tesis psicoanalítica de que la llamada imitación consciente es «fingimiento» y, en consecuencia, «no es enfermedad», mientras que la simulación que se supone consciente es, en sí misma, una «enfermedad» («histeria»), crea más problemas que los que resuelve. Parecería más útil distinguir entre *conducta de acatamiento de reglas y dirigida hacia una meta, por una parte, y errores involuntarios, por la otra*. La teoría psicoanalítica tendió a excluir los errores involuntarios del dominio de la conducta humana, como resultado de haber supuesto, de modo tácito, que todos los actos se orientan hacia una meta. De aquí se infería que la incapacidad de una persona para comportarse en forma satisfactoria no se debía a su ignorancia de las reglas del juego o a la falta de habilidad para cumplir la tarea. Antes bien, se consideraba que el fracaso mismo era una meta, aunque inconsciente. Esta hipótesis, y la actitud terapéutica que inspiró, son de suma utilidad. Pero es evidente que no

todos los errores humanos son de tipo intencional. Insistir en este punto de vista sería negar la posibilidad misma de un auténtico error.

Al volver a introducir en la psiquiatría y el psicoanálisis la distinción entre información errónea orientada hacia una meta y error involuntario, creo que podremos aclarar muchos problemas de la conducta humana. En el caso de la histeria, por ejemplo, el propio Freud acentuó la naturaleza cuasi-racional, y dirigida hacia una meta, del proceso. Y lo mismo hizo Shakespeare, cuando habló de que había *método* en la locura. En suma, *es más acertado considerar que la histeria es una mentira en vez de un error*. Las personas sorprendidas en una mentira sostienen, por lo general, que solo estaban equivocadas. La diferencia entre error y mentira, en caso de ser descubierta, es sobre todo pragmática[4]. Desde un punto de vista puramente cognitivo, ambos no son más que falsedades.

El lenguaje como medio de ponerse en contacto con los objetos

Hasta ahora examinamos la estructura y función de los signos corporales icónicos a la luz de los conceptos y principios de la semiótica, examinando los usos informativo, afectivo y promotor de la histeria como lenguaje. Hay, sin embargo, otra función de este lenguaje —y de los lenguajes en general— que aún no se identificó formalmente y que pasaremos a analizar ahora.

El estudio de la histeria y del conjunto de los problemas psiquiátricos coloca a la famosa expresión de Donne: «Ningún hombre es una isla completa en sí misma», bajo una nueva perspectiva científica [Szasz, 1959*f*]. Los seres humanos *necesitan* de otros seres humanos. Esta necesidad no se puede reducir a otras necesidades más elementales. El propio Freud contribuyó en gran medida a elucidar hasta qué punto el niño pequeño necesita —y, por lo tanto, depende— de los padres, y en especial de la madre. En realidad, la *regresión* fue un concepto freudiano clave. Con este término se daba a entender, hablando en términos genéricos, que para el hombre la maduración psicosocial es gravosa, por lo cual tiende a regresar a modos de funcionamiento anteriores y menos complejos desde el punto de vista psicosocial. En esta idea está implícito el concepto de que, cuando el contacto en el nivel actual (adulto) resulta insoportable, se busca establecerlo en un nivel anterior más fácil de manejar.

La psicología de las relaciones objetales —que a mi juicio constituye la quintaesencia del psicoanálisis de nuestros días— presupone la necesidad de contar con objetos. Desde esta perspectiva, *la labor del psicoanálisis como ciencia consiste en estudiar y dilucidar los tipos de objetos que la gente necesita y en qué sentidos determinados los necesita*. Los niños, por ejemplo, necesitan en mayor medida el sostén de objetos externos, mientras que los adultos recurren con más frecuencia a los objetos internos en busca de esa ayuda. Gran parte de la reciente literatura psicoanalítica estudia los diversos mecanismos a que se recurre para buscar y

mantener relaciones objetales. El énfasis puesto en el enfoque de la relación objetal permitió interpretar fenómenos como la caricia, el tacto, el abrazo y, por supuesto, el trato sexual, como un medio de *ponerse en contacto* con objetos.

No tenemos razones para suponer que lo que es válido para las comunicaciones gestuales (no verbales) no lo es también para el lenguaje verbal. En otras palabras, creo que si todo acto de comunicación se dirige, por definición, a alguien, tiene también —entre otras funciones— el objetivo de ponerse en contacto con otro ser humano. Esto constituye lo que podríamos llamar la *función de búsqueda del objeto y mantenimiento de la relación objetal del lenguaje*. La importancia y el resultado positivo de esta función varían con la discursividad del lenguaje en cuestión. Como regla general, parecería que si el principal objetivo de la comunicación es establecer un contacto humano, el lenguaje utilizado para lograrlo debe ser, hasta cierto punto, no discursivo (v. gr., el baile, la cháchara, los síntomas corporales esquizofrénicos). Debido a esto, se justifica en cierta medida que consideremos las comunicaciones ligeramente discursivas como técnicas destinadas, en primer lugar, a establecer contacto con objetos (la gente), y, en segundo lugar, al aprendizaje simbólico.

Este punto de vista da particular relieve a la interpretación de actividades como la danza, la música, el ritual religioso y las artes figurativas (pintura, escultura). En todos estos casos, el participante u observador puede establecer una relación significativa —vale decir, cargada de emoción o caractizada— con un objeto, mediante el sistema de signos no discursivos empleado. Si usamos una analogía farmacéutica, se podría decir que el lenguaje (esto es, la danza, el arte, etc.) es el vehículo donde el ingrediente activo —el contacto humano— está suspendido y contenido. Muchas actividades realizadas en forma conjunta por las personas tienen esta función predominante, sea que se trate de jugar al *bridge* o al tenis, de ir a cazar con un amigo o asistir a una reunión científica. No quiero dar a entender que estas situaciones no sirvan a otras funciones. Es indudable que el cazador, aun cuando comparte su experiencia con un amigo, tiene que mantener a su familia, o que una persona puede concurrir a un coloquio científico para aprender y perfeccionarse. Sin embargo, la relación humana componente de la situación podría eclipsar estas tareas instrumentales.

Se consideró siempre que el lenguaje cumple el propósito de trasmitir «hechos» o «verdades» de una persona a otra. Este supuesto oscureció, en buena medida, su función de búsqueda del objeto y mantenimiento de la relación objetal. Consideremos el relato bíblico en que Dios habla con Moisés. Esta comunicación era *completamente formal*. En otras palabras, no conversaban para satisfacer su necesidad (en este caso, la de Moisés) de compañía. Por el contrario, Dios dio a Moisés la *Ley*. La Ley Divina se considera, desde luego, una expresión de la «verdad» sobrehumana o, en términos filosóficos, la quintaesencia del concepto positivista de una «afirmación lógica». Pero no hay duda de que en un medio formalmente religioso las comunicaciones cumplen hoy, en gran medida, la función de búsqueda del objeto y mantenimiento de la

relación objetal. Prescindiendo, por lo tanto, del grado de insensatez de las creencias religiosas desde el punto de vista cognitivo, esto no les impide satisfacer la necesidad objetal del creyente. Aquí estriba la razón esencial de la relativa inoperancia de los argumentos lógicos o científicos que se oponen a los mitos religiosos, nacionales y profesionales.

El ejemplo anterior ilustra un notable caso de la difundida tendencia intelectual a dar por sentado que en la comunicación verbal lo importante es el contenido (lógico) del mensaje. Buscamos en el lenguaje toda suerte de significados, y con razón. Pero el énfasis en el significado distrae la atención de la búsqueda objetal, que constituye, a mi juicio, una de las principales funciones del lenguaje[5]. Por consiguiente, se tiende a reconocer esta función cuando el sentido de la comunicación falta, o es a todas luces insustancial, como ocurre con lo que denominamos cháchara. La función de búsqueda objetal del lenguaje verbal se manifiesta también en muchas situaciones de la vida cotidiana. En el niño pequeño, por ejemplo, se expresa mediante una retahíla de preguntas incesantes: «Papá, ¿qué es esto?», «¿de dónde viene?», «¿puedo tener un poco?», «¿puedo hacer esto?», y así sucesivamente. La inteligencia, la curiosidad o el deseo de explorar el medio son elementos que tienen algo que ver con este tipo de conducta. Creo, además, que el niño aprende que el *intercambio* de comunicaciones verbales es la técnica más eficaz y gratificante para estar en contacto con otra persona. En este sentido, hablar es simplemente otra forma más complicada de ver, tocar o abrazarse. Por eso, unas palabras pronunciadas en la oscuridad o el susurro de la conversación de los padres en el cuarto contiguo suelen ejercer un efecto tranquilizador en los niños.

La función de búsqueda objetal del lenguaje suele ser más importante durante los primeros años de vida. A medida que la maduración psicológica progresa, la función informativa la desplaza de modo gradual. El cuadro 4 muestra esta trasformación en forma resumida. El propósito principal de las comunicaciones más tempranas del niño consiste en buscar objetos y mantener contacto con ellos. Esto no significa desconocer los aspectos expresivo e informativo de las comunicaciones tempranas, que no nos interesa considerar aquí. Con el desarrollo del proceso de maduración, disminuye la función de asimiento, por así decirlo, de la comunicación. Poco a poco surgen situaciones de interés mutuo. De manera lenta, pero sostenida, los niños aprenden a usar el lenguaje en sentido abstracto. La primordial dedicación psicológica a la lectura y la escritura implica una orientación hacia las personas ausentes. Si bien el lenguaje verbal, así como los lenguajes específicos de la ciencia, conservan su propiedad de búsqueda objetal, esta característica se vuelve cada vez menos personal.

Cuadro 4. *Maduración de la función de búsqueda objetal del lenguaje.*

Etapa evolutiva	*Comunicación típica y sus efectos en el receptor del mensaje*	*Características lingüísticas*	*¿Qué se ha ganado y/o aprendido?*
Llanto del bebé	Gritos, llanto, manifestaciones corporales de sufrimiento y malestar: «¡Siéntanse como yo!», «¡Vengan aquí!»	No verbal, no discursivo, alto grado de iconicidad	Identificación temprana; protección del organismo
Quejas verbales del niño	«¡Me duele!», «¡No puedo dormir!», «¡Cuídenme!», «¡No me dejen!»	Verbal, no discursivo, grado reducido de iconicidad	Internalización de objetos y formación del yo
Preguntas del niño	«¿Cómo se llama?», «¿De dónde viene?», «¿Me dan un poco?»	Verbal, cada vez más discursivo, signos no icónicos (convencionales)	Internalización de objetos; adquisición de información o conocimiento
Conversación inteligente del adolescente	Curiosidad intelectual: «Conversen conmigo», «Interésense en mí [en mi mente]», «Respétenme por mis pensamientos y conocimientos»	Verbal, cada vez más discursivo	Idem; identificación como adulto relacionándose con objetos del adulto; creciente énfasis en el conocimiento como fuente de autorrespeto
Actitud comunicacional del estudiante adulto (joven) hacia su maestro	Deseo de instrucción personal: «¡Enséñenme!»	Sistemas de símbolos verbales o discursivos especiales	Símbolos, habilidades y conocimientos (disminución gradual del interés por el maestro como persona)
Comunicación con los libros	Deseo de aprender de manera impersonal: «¡Enséñenme!», como si se tratase de un mensaje dirigido a una persona físicamente ausente	Idem	Idem, en un contexto de logro individual
Comunicación con otros en una situación de cooperación	Deseo de aprender en una actividad cooperativa; no dice: «¡Enséñenme!», sino más bien: «Participemos juntos, intercambiando ideas y conocimientos, y aprendiendo unos de otros»	Idem	Idem, en un contexto de logro cooperativo

Debido precisamente a esto, los sistemas de símbolos abstractos —como la matemática— tienen particular valor para la búsqueda objetal en el caso de personalidades esquizoides. Es posible buscar y obtener el contacto objetal por medio de sistemas de símbolos abstractos, mientras se mantiene distancia, al mismo tiempo, entre el yo y el objeto. Con los objetos externos concretos (la gente) es casi imposible establecer una relación y mantener, sin embargo, dicha distancia. La fascinación y el valor de las abstracciones —sea como «adicción» a libros, o a sistemas científicos o religiosos— descansan en esto. Pero, para las personas que emplean esos mecanismos esquizoides, la naturaleza inconcreta del objeto y la persistente falta de contacto del yo con la gente contribuyen a acentuar aún más la ya penosa alienación hacia el mundo de los seres humanos, y constituyen una constante fuente de peligro para ellas.

La función de búsqueda objetal de la histeria tiene especial importancia para la psicoterapia. Freud enunció la tesis esencial de que la histeria constituye una técnica de conducta a la que recurren los pacientes, en especial las mujeres, cuando no pueden alcanzar por otros medios sus objetos amorosos. Cuando fracasan las comunicaciones verbales, como las súplicas o las explicaciones, se ensaya con la histeria, en la esperanza de que pueda dar buenos resultados. Así, una mujer, incapaz de despertar el interés, la atención o la conmiseración de su esposo en circunstancias normales, lo lograba cuando «caía enferma de histeria». Este importante hecho social se relaciona tanto con la psicología del receptor de los mensajes como con la del emisor de estos. Los modos de comunicación tempranos —el llanto y las pataletas irascibles, verbigracia— producen en el receptor un efecto mucho más interno que las comunicaciones expresadas en el idioma de la conversación cortés. Esta se puede ignorar; aquella, no. La pantomima histérica —como las demandas infantiles— ejerce un poderoso efecto en la persona a quien se dirige. Frente a los síntomas histéricos (esto es, los signos corporales icónicos), es muy difícil que los terapeutas, así como los integrantes de la pareja matrimonial, no respondan. Y como lo que se busca, al menos en parte, es una respuesta *per se*, ya que esta implica interés y afecto, *el valor* de la histeria —y de muchas otras de las llamadas enfermedades mentales— como técnica para ponerse en contacto con un objeto es, de hecho, muy eficaz. Sin embargo, no debemos confundirlo con el «beneficio primario» o el «beneficio secundario». El valor de la búsqueda objetal de los signos corporales icónicos contiene elementos del beneficio tanto primario como secundario, por cuanto ambos tienden a alcanzar fines que presuponen una relación objetal.

La diferencia esencial entre la idea que hemos expuesto y el concepto psicoanalítico tradicional reside en que, en tanto este se basa en gran medida en la distinción entre motivaciones conscientes e inconscientes, y en la dicotomía análoga de sacar ventaja de una situación de la vida actual versus satisfacer una necesidad infantil, aquella puede prescindir de tales distinciones. Creo que ambas series de constructos son válidas e indispensables para la labor del psicoanálisis. En la situación de tratamiento psicoanalítico, es menester explorar en forma adecuada y

volver conscientes los aspectos de búsqueda objetal de la histeria como lenguaje, antes de intentar resolver los conflictos.

9. La histeria como comunicación indirecta

«Tenemos la impresión de que la formación de los sueños complicados se realiza como sí una persona, dependiente de otra, tuviera que exteriorizar algo que sería desagradable para esta última. Partiendo de este símil, hemos formulado los conceptos de deformación del sueño y de censura, y hemos procurado traducir nuestra impresión mediante una teoría psicológica grosera aún, sin duda, pero por lo menos lúcida». Sigmund Freud [1901, pág. 261].

En este capítulo examinaremos otra característica general de las comunicaciones que interesa en especial al problema de la histeria: se trata de la cualidad directa o indirecta del lenguaje. Esta distinción, muy antigua, descansa en los criterios empíricos de ambigüedad y malentendido.

Comunicaciones directas e indirectas

El carácter directo (de las comunicaciones) y la discursividad son conceptos muy relacionados. Los lenguajes altamente discursivos, como el simbolismo matemático, solo permiten comunicaciones directas. Los signos matemáticos tienen referentes bien definidos, aceptados por mutuo acuerdo entre todos los que participan con este lenguaje en la «conversación». Por consiguiente, se reducen al mínimo la ambigüedad y el malentendido.

La principal causa de malentendido lingüístico reside en que los signos pueden utilizarse en más de un sentido. En el lenguaje corriente, por ejemplo, deteminados signos se usan en varios sentidos diferentes, hecho que facilita una gran dosis de ambigüedad y, por lo tanto, de malentendidos. Por el mismo motivo, la ambigüedad referencial permite la comunicación indirecta deliberada mediante el empleo de expresiones que pueden interpretarse en forma multívoca. La *multiplicidad de significados* atribuibles a una comunicación es la cualidad específica que permite que esta se utilice como comunicación indirecta.

La diferencia entre cualidad indirecta y no discursividad resulta ahora evidente. Se dice que un lenguaje es no discursivo, no porque sus signos tengan una multiplicidad de referentes bien definidos, sino más bien porque estos últimos son idiosincrásicos y, por lo tanto, están mal definidos desde el punto de vista de todo el mundo, excepto del del usuario del signo (y, a veces, también desde su punto de vista). El carácter directivo y el discursivo coinciden en un extremo, por cuanto las expresiones altamente discursivas son también directas. En el otro extremo ello no ocurre, ya que la no discursividad *per se* no garantiza que el lenguaje resulte útil para las comunicaciones indirectas. Para esto se requiere un lenguaje de considerable

discursividad —como, por ejemplo, el lenguaje ordinario—, así como cierta laxitud de las reglas lingüísticas, la cual permite que los signos específicos entrañen referencias múltiples. (No nos interesa considerar aquí la importante distinción entre significados denotativo y connotativo).

El uso deliberado de las comunicaciones indirectas recibe el nombre de «alusión» (*hinting*, *allusion*) o «habla metafórica». El idioma inglés es muy rico en términos y expresiones que designan diferentes tipos de comunicaciones indirectas; además de los ya citados, tenemos el «doble sentido» (*double talk*), la «indirecta» (*innuendo*), la «insinuación» (*insinuation*), la «implicación» (*implication*) y el «juego de palabras» (*pun*). Mientras que la alusión es neutral con respecto a lo que alude, la insinuación y la indirecta son siempre vocablos de naturaleza peyorativa, y es significativo que no tengan antónimos. Dicho de otro modo, no hay en la lengua inglesa —ni en ninguna otra, que yo sepa— expresiones que insinúen algo «bueno» acerca de alguna persona[1]. Si bien la lisonja puede comunicarse a veces mediante la alusión, el hecho de que no exista ninguna palabra específica para ello presta apoyo lingüístico a la tesis de que la alusión sirve, más que nada, para proteger a la persona que habla y teme ofender.

Consideraremos en primer término la función psicológica general de las alusiones, y luego la histeria, como ejemplo de comunicación metafórica típica.

Psicología de la alusión

Si bien las personas instruidas comprenden en general la función psicológica de la alusión, rara vez la consideran de manera explícita. Me propongo, en consecuencia, esclarecer ciertas ideas encubiertas y acrecentar, al mismo tiempo, nuestra comprensión de las condiciones que favorecen las comunicaciones directas y las alusiones, respectivamente. Por regla general, se podría afirmar que, cuando el objetivo primario es la búsqueda de información, predominarán las comunicaciones directas. Las llamadas exposiciones fácticas —v. gr., «la nieve es blanca»— y los documentos científicos constituyen comunicaciones directas, cuyo propósito es trasmitir información mediante mensajes inequívocos y muy concisos. En tales circunstancias, la relación entre los sujetos comunicantes —p. ej., si simpatizan entre sí o no— no es importante. En cambio, cuando la relación entre dos personas no está definida —y, por lo tanto, uno de los comunicantes, o ambos, se sienten amenazados e inhibidos—, la escena se presta para intercambiar mensajes relativamente indirectos. Esto se debe a que los mensajes indirectos cumplen una doble función: primero, trasmitir información, y segundo, explorar y modificar la naturaleza de la relación. La función exploratoria de las comunicaciones indirectas puede incluir el designio utilitario de tratar de modificar, aunque sea sutilmente, la actitud del otro sujeto, con el fin de volverlo receptivo a nuestras necesidades.

El *flirt* ofrece muchos excelentes ejemplos de comunicaciones indirectas. Consideremos, por ejemplo, el «juego de las citas» en el que participan los estudiantes universitarios [Gorer, 1948]. El muchacho puede desear un juego erótico sin complicaciones y, quizá, concretar una relación sexual. Es posible que también la joven comparta, en mayor o menor medida, este deseo. En las etapas iniciales del juego de las citas, sin embargo, ninguno de los dos sabe cómo quiere jugar el otro. En realidad, muchas veces ni siquiera saben qué tipo de juego harán. Es menester no olvidar que nuestro medio cultural desaprueba, e incluso prohíbe, las comunicaciones directas referentes a intereses y actividades sexuales. Por consiguiente, la alusión y la insinuación se vuelven indispensables.

Las comunicaciones indirectas permiten contactos comunicacionales en los casos en que, de no existir aquellas, las alternativas serían la inhibición total, el silencio y la soledad por una parte, o la conducta comunicacional directa y, en consecuencia, prohibida, por la otra. Las dos alternativas son penosas. En la práctica, es poco probable que alguna de ellas conduzca a la gratificación de las necesidades que motivan la conducta. En este dilema, las comunicaciones indirectas ofrecen una transacción muy necesaria. Para cumplir uno de los primeros pasos del juego de las citas, el muchacho podría invitar a la chica a cenar o ir al cine. Estas comunicaciones son polivalentes: la sugerencia del muchacho y la respuesta de la joven tienen varios «niveles» de significado. Uno es el nivel del mensaje abierto, es decir, la invitación a cenar, a ir a ver una película, etc. El otro, el nivel encubierto, atañe al problema de la relación sexual. En este nivel, el hecho de aceptar la invitación a cenar significa que acaso se puedan formular propuestas sexuales. A la inversa, rechazar la invitación, no solo implica rehusar la compañía del muchacho para ir a cenar, sino también la exploración adicional de la actividad sexual. El juego de las citas puede tener aun otros niveles de significado: la aceptación del ofrecimiento, por ejemplo, se puede interpretar como signo de mérito personal (sexual), lo cual acentúa la actitud de autosatisfacción, mientras que el rechazo del mismo puede significar lo opuesto y estimular los sentimientos de frustración.

Freud era un maestro para elucidar la función psicológica de las comunicaciones indirectas. Refiriéndose a las asociaciones del paciente con los síntomas neuróticos escribió: «La idea que se le ocurría al paciente debía ser una *alusión* al elemento reprimido, algo así como una representación del mismo en lenguaje indirecto» [Freud, 1910*a*, pág. 30], El concepto de comunicación indirecta ocupa un lugar importante en la teoría freudiana de la función onírica y la formación de síntomas neuróticos. Freud comparó la elaboración onírica con la dificultad que enfrenta «el escritor político que tiene que decir verdades desagradables a las autoridades» [Freud, 1900, pág. 141]. El escritor político, como el individuo que sueña, no puede comunicarse en forma directa. El censor no lo permitirá. Por lo tanto, debe valerse de «representaciones indirectas» [págs. 141-42].

La comunicación metafórica es fuente general de bromas, caricaturas y chistes de

toda clase. ¿Por qué resulta divertida la historia del rico *playboy* que invita a la ambiciosa actriz a ir a su departamento para ver sus aguafuertes? Es evidente —para una audiencia adulta— que el hombre no tiene interés en mostrar los grabados, ni la mujer en mirarlos, sino que ambos están interesados en el sexo: él, porque obtendrá placer, y ella, porque recibirá una recompensa material. El mismo mensaje, trasmitido en lenguaje directo —esto es, sí el hombre ofreciera a la mujer cincuenta dólares para acostarse con él—, no sería gracioso, aunque podría considerarse un relato realista en caso de estar escrito con habilidad artística.

Freud [1905*c*] atribuía la cualidad placentera del chiste al ahorro de energía psíquica Esta explicación se basaba en el esquema hipotético conforme al cual el hombre es una máquina psicológica completa, por así decirlo, diseñada para disminuir el gasto energético y aumentar al máximo la energía (almacenada) disponible (libido). Sin embargo, es evidente que Freud tenía pleno conocimiento de las sutilezas de lenguaje implícitas en el chiste, aunque no ofreció un análisis claramente lingüístico —o, mejor dicho, semiótico— del chiste, los sueños y varios «síntomas» psicológicos[2]. El análisis semiótico del humor tiene mucho en común con las modernas interpretaciones psicoanalíticas de este fenómeno, basadas en la psicología del yo. Ambos enfoques atribuyen los afectos placenteros del humor al dominio satisfactorio de una tarea comunicacional. Así, en la situación de la joven invitada a ver unos grabados, la escena resultará humorística solo si se interpreta el mensaje en varios sentidos a la vez. Si una metáfora, un proverbio, o una broma se toman en sentido literal, como ocurre a menudo con los niños, los individuos simples, los que no dominan el idioma o los pacientes esquizofrénicos, no resultan graciosos ni interesantes. Su carácter de gratificación psicológica deriva por entero del estímulo y el dominio de un mensaje ambiguo o polivalente.

Función protectora de las comunicaciones indirectas

La función protectora de la alusión es particularmente significativa cuando las comunicaciones están motivadas por deseos más o menos ajenos al yo o a lo social, o por necesidades difíciles de satisfacer. En nuestra cultura se suele recurrir con más frecuencia a las comunicaciones indirectas cuando se trata de necesidades sexuales o de dependencia, y problemas económicos. Un ejemplo clásico, tomado de la práctica médica, es la resistencia del facultativo a discutir la cuestión de los honorarios con los pacientes y a manipular dinero. Por lo general, el manejo de este asunto está a cargo de una secretaria, o enfermera. El médico que se comunica por medio de su empleada plantea así dos mensajes: 1) pide dinero, y 2) no lo pide. El primer mensaje está *explícitamente* contenido en el pedido de la secretaria; el segundo, lo está en forma *implícita* en la actitud del médico. Desde el punto de vista psicológico o de las relaciones humanas, el médico, al no tratar cuestiones económicas, está «diciendo»

que el dinero carece de importancia en su relación con el paciente. Como lo ilustra este ejemplo, mucho de lo que se denomina hipocresía puede considerarse una comunicación indirecta que sirve, por regla general, a los intereses (egoístas) del sujeto que habla, y va en contra, por ende, del bienestar de la persona que escucha.

En el ejemplo citado, la comunicación indirecta posibilita al médico acrecentar su autoestima, pues le permite estar «por encima» de determinadas necesidades humanas ubicuas (en este caso, la necesidad de dinero y de todo cuanto implica poseerlo). Este fenómeno deriva de la premisa, ampliamente sustentada por nuestra cultura, de que tanto la existencia como la abierta expresión de las necesidades son características infantiles que no favorecen las relaciones humanas «normales» o aceptables para la sociedad. Parece que la base esencial de esta concepción —cuyo estudio detallado escapa de las posibilidades de este libro— es: 1) que los niños tienen muchas necesidades y escasa capacidad para regularlas y satisfacerlas y 2) que el niño se socializa porque se le exige que niegue, altere, regule o modifique sus necesidades. Al mismo tiempo, se le enseña a tener creciente confianza en sí mismo y a ser cada vez menos dependiente. En contraposición con la «dependencia» infantil, los adultos están convencidos de ser «independientes». Si bien los adultos difieren mucho de los niños, resulta difícil afirmar que son independientes. También ellos tienen necesidades cuya satisfacción requiere el concurso de otras personas. Las diferencias residen, fundamentalmente, en la naturaleza de las necesidades y en las técnicas con que se cuenta para satisfacerlas. Con el fin de mantener la ilusión de independencia —una forma de autoengrandecimiento del hombre—, es imprescindible utilizar las comunicaciones indirectas.

Los valores del individuo determinarán si para él las enfermedades físicas y los problemas vitales son aceptables o ajenos al yo. Según la actual modalidad consciente de salud, las enfermedades corporales pueden aceptarse, pero los problemas vitales —no obstante todo cuanto se diga en contrario de labios para afuera— no, por lo menos en los círculos médicos. Por consiguiente, las personas tienden a negar los problemas personales y a comunicarse en términos de enfermedades físicas. Es el caso del hombre que, preocupado por su, trabajo y las metas de su vida, busca atención médica para el insomnio y el exceso de acidez. Las obras literarias norteamericanas de la época contemporánea muestran —y esto constituye casi un sello distintivo— los problemas que enfrenta y niega el ser humano, ocultándose tras la invalidez crónica, el alcoholismo o las llamadas enfermedades mentales.

En términos psicoanalíticos, las comunicaciones indirectas con propósitos de autoprotección se consideran mecanismos de defensa. Esta conexión, aunque obvia, merece subrayarse porque señala una importante esfera en la que confluyen los intereses del psicoanálisis y la psicología de la conducta comunicacional [Ruesch, 1957, págs. 17-18].

La alusión como protección contra el desengaño

Las comunicaciones indirectas ofrecen seguridad contra el desengaño y la pérdida objetal. ¿Cómo se cumple esto?

Consideremos el caso de la persona que tiene una terrible necesidad de dinero. El pedido directo suscitará solo una de dos respuestas posibles, es decir, será satisfecho o rechazado. El hecho de que la comunicación sea de naturaleza directa significa que el mensaje: «¡Por favor, deme dinero!», solo se puede interpretar en un único sentido: es una forma de comunicación clara que excluye todo malentendido. Su desventaja reside en que deja el camino abierto para que se rechace el pedido. Es evidente que, si se teme una negativa directa, esto inhibirá la franca expresión de los deseos o necesidades. En tal caso, la comunicación indirecta resulta útil.

En Europa central, por ejemplo, durante el período entre la Primera y la Segunda Guerra Mundial, muchos veteranos de guerra —algunos de ellos incapacitados— se encontraron en la más completa indigencia y se vieron obligados a mendigar. Sin embargo, no mendigaban realmente, sino que se paraban en las esquinas, vestidos con sus uniformes raídos, y ofrecían en venta alguna cosa —lápices o revistas viejas—. De igual manera, en Estados Unidos, a principios de la década de 1930 los desocupados «vendían» manzanas en la calle.

En estos casos, el hecho de que la persona necesitada no pida verbalmente ayuda o dinero determina el carácter indirecto de la comunicación. En apariencia, anuncia que está vendiendo un artículo que alguien podría necesitar. De hecho, sin embargo, estos «vendedores» vendían cosas que nadie necesitaba. Si alguien hubiera querido un lápiz o una manzana, podría haberlo comprado en el negocio correspondiente. Por otra parte, los pobres veteranos de guerra aceptaban dinero sin entregar necesariamente mercadería en cambio.

Si enfocamos la situación como una totalidad o una compleja conducta guestáltica, es evidente que el «mendigo» o «vendedor callejero» ofrecía una comunicación indirecta (o encubierta) que tenía la siguiente estructura:

1. De modo manifiesto, vendía lápices o manzanas.
2. Secretamente, pedía limosna.
3. En su carácter de veterano de guerra, mostrando su uniforme y tal vez sus heridas o mutilaciones, comunicaba —en forma abierta y encubierta a la vez— el deseo de despertar en los transeúntes sentimientos de simpatía y de culpa. El rol de veterano herido implica que *a)* se le daría preferencia con respecto a los demás vendedores que carecían de esta calificación patriótica, y *b)* no se lo identificaría con otros mendigos que no eran veteranos de guerra.

Las *funciones* comunicacionales de esta situación son las siguientes:

1. La persona indigente estaba en condiciones de *negar* o *encubrir* toda la

magnitud de su desdichada situación socioeconómica.

2. Podía pedir y recibir una negativa en cambio, sin que el rechazo fuese codificado en forma abierta. Por lo tanto, su orgullo y su autoestima se hallaban a salvo de nuevas humillaciones. No es preciso destacar la importancia que esto tiene para alguien cuya autoimagen ha sufrido ya un golpe devastador. Se podría pensar que este engaño con respecto a sí mismo y a los demás apenas sería necesario. Pero lo era; y continuamente se ponen de manifiesto autoengaños similares. El punto esencial que debemos recordar es que, cuanto más deteriorada —y vulnerable— se encuentra la imagen que una persona tiene de sí misma, tanto mayor es la necesidad de protegerla y alentarla. Se equivocaría el observador que, guiándose por el sentido común, juzgara innecesaria la alusión como medio de protección. La necesidad deriva enteramente de la imagen que el sujeto que vivencia el hecho tiene de sí mismo y del mundo que lo rodea.

3. Por último, aunque no por ello menos importante, *la efectividad comunicacional* —o, en términos técnicos, el *poder promotor*— del mensaje indirecto era mucho más grande que el que podría haber tenido su equivalente directo (esto es, mendigar en forma abierta). Este hecho social se debía a la mala opinión que se tenía del acto de pedir limosna y al alto valor atribuido al trabajo y al «sacrificio por la patria». Además, se suele considerar agresivo al individuo sin recursos que pide dinero directamente, sin ofrecer en cambio su fuerza de trabajo o alguna mercadería. El pedido indirecto es, a los ojos de los demás, más humilde y modesto. En consecuencia, no provoca la airada resistencia y el rechazo que, en general, suscita la demanda abierta.

Teniendo en cuenta la estructura y función básicas de esta situación de mendigar-vender, la compararemos con el fingimiento y la histeria. Se puede considerar que el fingimiento es, como se sugirió, un tipo de personificación[3]. Un hombre que no está enfermo actúa como si lo estuviese, y esto es lo que ocurre en las comunicaciones indirectas citadas. En el caso que nos ocupa, es posible decir que un hombre que no era vendedor actuaba como si lo fuese. En el primer caso, se personifica la enfermedad o el *rol de enfermo*; en el segundo, el acto de vender o el *rol de vendedor*.

En el marco de referencia de las comunicaciones, los fenómenos que según la tradición médica y psiquiátrica reciben el nombre de fingimiento e histeria constituyen un tipo especial de mensajes. Estos mensajes imitan una forma de comunicación (es decir, el lenguaje de la enfermedad corporal), la cual, de acuerdo con las reglas predominantes en la vida social, podría facilitar la satisfacción de las necesidades del sujeto que la trasmite. Se caracterizan, además, por ser *alusiones* a sus necesidades, esperanzas y expectativas.

Mientras estemos dispuestos a cuidar a quienes se hallan enfermos o incapacitados —y a mostrarnos especialmente benévolos con ellos—, la personificación del rol de enfermo resultará útil a algunas personas en determinadas

circunstancias. Por ende, desde el punto de vista lógico es absurdo esperar que será posible erradicar la histeria como si se tratase de una enfermedad cualquiera (la malaria o la viruela, por ejemplo). ¿Qué inferimos de esta línea de pensamiento?

Creo que si en una sociedad existe una multiplicidad de valores (más o menos) antagónicos —y esto es inherente a una democracia—, se tenderá a encubrir las necesidades codificadas como valores negativos, acompañados por sanciones negativas, y a expresarlas como algo «mejor» que lo que son. Un pobre veterano de guerra disfraza la mendicidad con el acto de vender; una mujer católica quizá tenga que encubrir los conflictos concernientes al embarazo bajo el velo del vaginismo. Por consiguiente, *la civilización parece estar inextricablemente interligada con la «neurosis»*, pero no en virtud de que aquella sea una causa de esta, como lo sugirió Freud [1930], sino más bien porque todas las reglas de conducta apuntan de manera implícita a las desviaciones respecto de ellas. Las desviaciones solo tienen sentido en relación con las reglas. Por lo tanto, las reglas y desviaciones —la salud y la enfermedad mentales— deben considerarse un único conjunto de conducta o guestalt.

Los sueños y la histeria como alusiones

La principal ventaja de la alusión con respecto a los modos de comunicación más directos es la protección que ofrece a la persona que la utiliza, permitiéndole comunicarse sin comprometerse con lo que dice. Si el mensaje tiene mala acogida, la alusión deja abierto un camino para escapar. Las comunicaciones indirectas aseguran al sujeto que sólo se hará responsable por el significado manifiesto de sus mensajes. El mensaje abierto y aparente sirve, así, como una especie de envoltura bajo la cual se halla el mensaje peligroso y oculto, la comunicación encubierta.

Los sueños como alusión

El relato de los sueños en la situación psicoterapéutica constituye uno de los mejores ejemplos de alusiones. El relato de un sueño puede considerarse, en general, una alusión o comunicación indirecta. La historia onírica manifiesta es el mensaje abierto y aparente, mientras que los pensamientos oníricos latentes constituyen el mensaje oculto al que alude el soñante. Esta función del sueño —y de la comunicación onírica — puede observarse en condiciones óptimas en la situación psicoanalítica, ya que en ella la narración de los sueños es una forma de comportamiento social plenamente aceptable. Los pacientes psicoanalíticos suelen elaborar sueños que se refieren al psicoanalista. Estos sueños revelan a menudo que el analizando conoce determinados aspectos del comportamiento del psicoanalista —que para él son penosos—, pero no los quiere mencionar porque teme que este se sienta agraviado por sus reproches.

Podría darse el caso, por ejemplo, de que el psicoanalista llegue tarde o salude distraídamente al paciente. El analizando se encuentra ahora en la difícil situación de querer hablar acerca de ello, sobre todo para restaurar una relación más armoniosa con el psicoanalista, pero teme que al hacerlo acuse a este de alienarlo aún más. Frente a este dilema, el paciente puede recurrir a la comunicación onírica. Relatará entonces un sueño mediante el cual alude al hecho perturbador, pero omitiendo quizás a la persona del psicoanalista. Este proceso posibilita la comunicación peligrosa, mientras que, al mismo tiempo, el paciente se halla protegido, puesto que el psicoanalista puede interpretar el sueño de varias maneras distintas.

Si el psicoanalista es capaz de aceptar —y está dispuesto a ello— los cargos en su contra, podrá interpretar el sueño de manera adecuada, con lo cual se habrá logrado el propósito oculto de la comunicación: trasmitir el importante mensaje, no poner en peligro la relación con el psicoanalista y restablecer una relativa armonía comunicacional (una «buena relación») entre aquel y el paciente. Por el contrario, si el psicoanalista se muestra perturbado, adopta una actitud defensiva y no responde al mensaje oculto del sueño, podría interpretar de otra manera —y, en realidad, lo hace a menudo— la comunicación. Aunque esta alternativa es menos conveniente para el paciente y el curso del análisis, es sin duda preferible que el paciente formule una acusación abierta y sea reprendido por ello (circunstancia que el analizando teme). Ésta comunicación errónea no constituye, por lo menos, una carga adicional en una relación ya discordante.

Parece que la tesis de que el sueño puede ser una forma de alusión —esto es, un método con el cual una persona comunica a otra, de manera indirecta, algo que perturba la relación entre ambas— la conocen y comprenden intuitivamente los niños y los artistas. El caso de un paciente mío que recuerda un hecho de su infancia ofrece un notable ejemplo de esta comunicación onírica. Es significativo observar que la experiencia que relataremos no se refiere a un sueño auténtico, sino a lo que podríamos llamar «sueño falso». Una persona relató ciertos hechos diciendo que los había soñado, aunque sabía que habían ocurrido en la vida de vigilia. Como toda copia —trátese de moneda falsa o de falsificar obras maestras de arte—, este «sueño falso» brinda una excelente oportunidad para estudiar y revelar los aspectos más característicos del objeto en consideración.

El paciente, un hombre joven, vino a verme a causa de un problema de exhibicionismo sexual[4]. En una de las sesiones psicoanalíticas, habló del recuerdo de su primera eyaculación, que se produjo cuando tenía alrededor de diez años. Se estaba masturbando, tuvo un orgasmo y por primera vez vio que del pene exudaba un líquido lechoso. Sintió temor y desconcierto. Después de este hecho sexual, fue al dormitorio de su padre y le contó que lo había despertado un sueño desagradable: soñó que orinaba, pero en vez de orina salía «alguna otra cosa». El padre entendió correctamente el mensaje y tranquilizó al muchacho diciéndole que «estaba bien, que hablarían del asunto por la mañana». Al rememorar este episodio, el paciente se

preguntó por qué había *mentido*, según lo expresó, a su padre. ¿Por qué dijo que lo había soñado, cuando sabía bien que no era así? Debo agregar que el acto de confesar al padre —o a sustitutos paternos— sus «malos» impulsos sexuales era uno de los síntomas más importantes de este paciente. Citaremos otro sueño del mismo enfermo para esclarecer mi tesis. Era un sueño angustioso, del cual despertó a la mañana con la sensación de haber «pasado por el tormento». El sueño se reducía a esto: «Se había cometido un delito». El paciente no sabía de qué delito se trataba, ni quién era el autor. Antes me había relatado muy pocos sueños, y ninguno en los últimos meses. «¿Por qué soñaba ahora?». Tuvo este sueño la víspera de la última sesión psicoanalítica, antes de mis vacaciones de verano, que iban a interrumpir el tratamiento durante un considerable período. El paciente empezó la sesión manifestando que no había tenido problemas con los impulsos exhibicionistas desde que se inició la terapia, pero se preguntó si estaría «realmente curado». A continuación, relató su sueño.

Es menester agregar dos hechos importantes. Primero, antes de acudir por primera vez a mi consultorio el paciente había tenido problemas de orden legal a causa de su exhibicionismo. Segundo, en el momento en que teníamos que interrumpir el análisis el tratamiento no había avanzado tanto como para que el paciente sintiera que conocía las causas de sus dificultades sexuales o que las había dominado. Tenía la certeza de que la desaparición de este síntoma dependía en gran medida de la relación terapéutica y no de sí mismo. A mi juicio, esta apreciación de la situación era correcta.

Este sueño demuestra con claridad que la elaboración onírica se produjo como respuesta a una perturbación muy amenazadora en la situación psicoanalítica. La partida del terapeuta amenazaba con dejar solo al paciente, incapaz quizá de enfrentar impulsos sexuales extraños al yo, antisociales y potencialmente autoperjudiciales. En el sueño, y al relatarlo, el paciente comunicaba al psicoanalista que podría pasar algo cuando él partiera: «Podría ocurrir un delito [exhibicionismo]. ¡Por favor, no me deje!». Este mensaje debía trasmitirse en *forma onírica* y no directa, porque el yo consciente del sujeto era incapaz de soportar el pensamiento de que 1) podía ser aún muy vulnerable ante sus propios objetos internos o «impulsos» inconscientes, y 2) que dependía mucho de la ayuda del terapeuta. El sueño era, pues, una comunicación indirecta *para sí mismo y para mí*. Para sí, el paciente hablaba —indirectamente (¿qué delito?, ¿cometido por quién?)— del peligro que ahora tendría que enfrentar. Para mí, el paciente hablaba de su vulnerabilidad y, por lo tanto, de mi responsabilidad. En este contexto, el interrogante: «¿Qué delito va a ocurrir y quién lo cometerá?» se refería a que yo lo abandonaría.

La idea de que los sueños aluden a algo no es nueva. La postuló el propio Freud [1900, 1901], si bien él atendió menos a las comunicaciones oníricas en tanto hechos interpersonales (e incluso sociales) que a los aspectos intrapsíquicos del sueño. En un breve ensayo que lleva el significativo título de «Con quién vincula uno los sueños

propios», Ferenczi [1912] considera que los sueños son comunicaciones interpersonales indirectas. En fecha más reciente, Gitelson [1952], Kanzer [1955], y Tauber y Green [1959] subrayaron la función comunicacional de los sueños. Gitelson relata, por ejemplo, varios sueños que se manifestaron como respuesta a una situación en que el paciente percibía la perturbadora contratrasferencia del analista. Gitelson supone, de modo tácito, como creo que hacen muchos psicoanalistas, que algunos sueños son «comunicaciones de trasferencias», pero no examina por qué el paciente se comunica de esta manera y no de otra.

La histeria como alusión

Todo mensaje expresado en un lenguaje más o menos no discursivo puede usarse como alusión. Por lo tanto, la comunicación por medio de signos corporales icónicos, propia de la histeria, es adecuada para aludir. Freud consideró que la multiplicidad de significados característicos de los síntomas histéricos y de otros síntomas psiquiátricos se debía a una «sobredeterminación motivacional». En otras palabras, atribuyó los múltiples significados de los sueños y síntomas —cada uno de los cuales tiene su justificación— a la multiplicidad de motivaciones (instintivas) satisfechas, según supuso, por el acto final. En este trabajo, examinamos los mismos fenómenos desde el punto de vista semiótico antes que motivacional. En consecuencia, en vez de hablar de la «sobredeterminación de los síntomas» me refiero a la diversidad de significados comunicacionales.

Ilustraremos la función alusiva de los síntomas histéricos mediante un ejemplo. La señora Cecilia M., paciente de Freud, sufría una neuralgia facial histérica que tenía por lo menos dos significados precisos:

1. Su *significado manifiesto*, dirigido principalmente a sí misma, a los objetos significativos, al médico y a otros, puede traducirse con estas palabras: «Estoy enferma. ¡Usted debe ayudarme! ¡Debe ser bueno conmigo!» (El médico interpretará el mensaje de manera más específica: «Esta es una neuralgia facial, quizás un tic doloroso»).

2. Su *significado latente*, dirigido en primer lugar a una persona específica (que puede ser un individuo real, o un objeto interno, o ambos), quiere expresar: «Me ofendiste como si me hubieras abofeteado en la cara. Debes arrepentirte y reparar la ofensa».

Estas interacciones comunicacionales son comunes entre cónyuges y entre progenitores e hijos. Las condiciones sociales que crean en la gente una estrecha interdependencia para posibilitar la mutua satisfacción de sus necesidades fomenta este tipo de comunicación, que desconoce los factores psicológicos individuales. Estos ordenamientos requieren que cada individuo ponga coto a sus necesidades, ya

que solo entonces podrá satisfacer por lo menos algunas de ellas. Al refrenar sus necesidades, por otra parte, está en mejor posición pata exigir que los demás hagan lo mismo. De este modo, se inhibe la expresión franca y no distorsionada de las necesidades, y se estimulan diversos tipos de satisfacciones de necesidades y comunicaciones indirectas.

En cambio, las situaciones sociales relativamente abiertas, como las que encontramos en muchas fases de la moderna vida comercial, fomentan tipos de interdependencia bastante impersonal, basada en factores *instrumentales-funcionales. A* satisface las necesidades de *B* debido a su «*saber-cómo*» *específico antes que a la relación personal especial existente entre ellos*. Debemos contrastar las relaciones restrictivas de grupos, familias e instituciones —basadas en factores históricos— con las relaciones no restrictivas, apoyadas en factores instrumentales, que sirven a los objetivos de las actividades prácticas (tecnológicas, científicas, económicas, etc.). En las situaciones estructuradas sobre bases instrumentales, no es forzoso que los participantes refrenen sus necesidades. Esto se debe sobre todo a que la mera expresión de las necesidades no obliga a los demás a gratificarlas, como tiende a suceder en la familia [Szasz, 1959*f*]. Por lo tanto, la abierta expresión de necesidades no se inhibe. Por el contrario, suele ser estimulada, puesto que ayuda a identificar un «problema» para el cual alguien podría tener una «solución».

Dos proverbios antitéticos subrayan estos principios. Uno es una máxima anglonorteamericana: «La franqueza es la mejor política». El otro es un proverbio húngaro que, en traducción libre, significa: «Di la verdad y te romperán la cabeza». A primera vista, ambos proverbios expresan exhortaciones contradictorias y mutuamente contrastantes. Si los consideramos como simples afirmaciones lógicas, son en realidad antagónicos. Sin embargo, el conflicto entre ellos es más aparente que real, porque cada máxima se refiere a un contexto social diferente. La franqueza *es*, por cierto, la mejor política en las relaciones humanas apoyadas en bases instrumentales y en los grupos «abiertos» donde florecen tales actividades. A la inversa, la segunda máxima se cumplirá al pie de la letra si el individuo actúa en un medio institucional o en un grupo «cerrado» [Popper, 1945]. Los destinos de Galileo y de Einstein ilustran estos principios generales. Al primero, que actuaba en el medio institucional de la Iglesia Católica, se lo castigó por «decir la verdad». Para salvar su vida, se vio obligado a retractarse. Según nuestra terminología, esto significa que debió declarar que lo que antes consideraba verdadero era, «en realidad», mentira. Podría haber dicho, de igual modo, que su descubrimiento era «solo un sueño», o, en un medio hipotético actual, hubiera podido salvarse alegando «insania» y atribuyendo su descubrimiento (su delito) a un «estado psíquico enfermo» del cual (por definición) el sujeto no puede hacerse responsable. Las mentiras, los errores, los sueños y los productos de las supuestas enfermedades mentales tienen un elemento en común, a saber, no ofenden a aquellos a quienes se dirigen (o, por lo menos, no tanto como la «verdad absoluta»). Por el contrario, las ideas de Einstein acerca de la

relatividad —y, por ende, su «ataque» a la física newtoniana— se recibieron con aclamaciones y alabanzas. La comunidad científica, regida por valores instrumentales, se comporta conforme a la regla de que la «franqueza (la verdad) es la mejor política».

Se podría agregar aquí que Freud, al pretender de manera insistente —y, acaso, fomentar incluso— que sus ideas no eran reconocidas, pareció orientarse hacia la ética de los grupos institucionales, tales como los de la religión o la medicina organizadas, antes que hacia la ética de la comunidad científica [Szasz, 1956*c*], Su trabajo fue reconocido y aceptado con entusiasmo por los científicos contemporáneos interesados en los problemas que él abordaba —esto excluía, por supuesto, a la mayor parte de los médicos y psiquiatras europeos—. Pero es indudable que todo aquel que expone una nueva idea sólo puede esperar esta actitud. *La orientación no científica de Freud con respecto al movimiento psicoanalítico* —en marcado contraste con su orientación científica hacia el objeto de esta disciplina— contribuyó, sin duda alguna, a la rápida institucionalización del pensamiento psicoanalítico [Freud, 1914; Jones, 1953, 1955]. Por consiguiente, el psicoanálisis como profesión se convirtió en un sistema cerrado, en una organización de tipo familiar [Szasz, 1958*e*], en la cual la franqueza ya no era la mejor política. La *exposición franca y directa* de diferencias con el pensamiento freudiano —como en el caso de Jung, Adler, Rank, Horney— implicaba el riesgo de ser castigado con la «expulsión» del grupo; al mismo tiempo, continuaba tolerándose las alusiones generales a dichas divergencias. Este aserto lo confirman, no solo los trabajos de algunos conocidos psicoanalistas, sino también el hecho de que en el seno de las asociaciones Psicoanalítica Internacional y Psicoanalítica Norteamericana predominan ahora entre los psicoanalistas (y los institutos psicoanalíticos) diferencias muy marcadas, en lo que atañe tanto a la teoría como a la práctica. La existencia de estas discrepancias se reconoce sin ambages, tal como ocurría en Viena con los problemas concernientes al sexo, en la época de Freud. Sin embargo, como se teme que un planteamiento abierto de determinados problemas perturbe y perjudique la integridad del grupo, se considera que centrar en ellos la atención es de mal gusto y debe evitarse.

Beneficios primarios y secundarios, relaciones objetales y comunicaciones indirectas

Los aspectos sociales de la comunicación en la neurosis se subordinaban, tradicionalmente, a sus aspectos intrapsíquicos —intrapersonales— e inconscientes. Quizás en un intento de conferir a estos cierta superioridad conceptual, sus logros —p. ej., la satisfacción de impulsos sexuales o pregenitales por medio de un síntoma— recibieron el nombre de *beneficio primario*, en contraposición con el uso *secundario* (de aquí el nombre) para el cual podría utilizarse el síntoma. «El beneficio secundario

es, simplemente, un caso especial de los incesantes esfuerzos del yo para explotar las posibilidades de gratificación placentera disponibles. Una vez que se ha formado el síntoma, el yo puede descubrir que hay ventajas concomitantes con dicho síntoma» [Brenner, 1955, pág. 207]. Esta distinción es, a mi juicio, innecesariamente tajante. No hace justicia al exquisito entrecruzamiento de niveles de comunicación intrapersonales, interpersonales y sociales que caracteriza a la mayoría de las situaciones humanas reales. Si enfocamos nuestros problemas desde una perspectiva más operacional, concentrándonos en las comunicaciones —y esto incluirá los puntos de vista de la moderna psicología psicoanalítica del yo y de las relaciones objetales —, la distinción entre beneficio primario y beneficio secundario pierde mucha importancia. En lugar de estos conceptos hablamos de distintos niveles o jerarquías de relaciones objetales (desde los niveles enteramente inconscientes hasta aquellos que lo son de manera parcial, y luego los de naturaleza consciente), comunicaciones y significados.

Aclararemos las diferencias entre los marcos conceptuales del beneficio primario y el secundario, las relaciones objetales y la alusión mediante algunos breves comentarios acerca de un caso clínico. Como ejemplo, seleccionamos lo que se consideraría un típico caso de histeria de conversión. En otro trabajo describimos la historia y el curso de la psicoterapia de una mujer joven, que se quejaba de sufrir dolores abdominales [Szasz, 1957*a*, págs. 93-99]. No es necesario recapitular este relato para nuestro presente propósito. Bastará advertir que la madre de la paciente falleció a raíz de una histerectomía. Un año después, perdió también a su padre. Al poco tiempo, hizo crisis la «enfermedad neurótica» de la paciente. Según el marco de referencia que utilicemos, será posible atribuir al síntoma de dolor abdominal las elaboraciones e interpretaciones siguientes:

1. De acuerdo con el modelo tradicional de histeria, la paciente había establecido una identificación inconsciente, de carácter ambivalente, con la madre amada. Los beneficios primarios del síntoma consistían en: *a)* el desplazamiento satisfactorio de la madre y la unión con el padre en la situación edípica; *b)* el castigo, mediante el dolor y el sufrimiento, por el delito de haber «matado» a la madre. Los beneficios secundarios eran: *a)* gratificar las necesidades de dependencia a través de los médicos y los demás miembros de la familia; *b)* evadirse de los problemas que implicaban el crecimiento y la formación de nuevas relaciones objetales.

2. Dentro del marco de referencia de la *relación objetal*, la situación se podría interpretar de este modo: *a)* La paciente fue incapaz de elaborar por completo el proceso de duelo. Prosiguió aferrándose y relacionándose con la madre, en su carácter de objeto interno; *b)* la enfermedad y el sufrimiento ofrecieron nuevos medios para la necesaria relación con objetos (miembros de la familia, médicos, etc.); *c)* al sustituir a la madre —y a otras personas— por su organismo, la paciente se orientó hacia un nuevo objeto (su propio cuerpo), que le ofrecía gran seguridad. La

enfermedad dolorosa servía entonces para recordarle, de manera constante, que el objeto necesitado (cuerpo = madre) no se había perdido, sino que todavía estaba presente.

3. Desde el punto de vista de la alusión o comunicación indirecta por medio de síntomas, habría que subrayar estas características:

a. Como comunicación intrapersonal, la paciente se insinuaba a sí misma que algo no marchaba bien. Sin embargo, no expresaba o vivenciaba esto de modo directo, preocupándose por la madre, por ejemplo, y llorando su muerte. Aludía, en cambio, a la enfermedad y el fallecimiento de la madre mediante la imagen icónica de sus propios síntomas.

b. Dirigía una comunicación análoga a quienes la rodeaban, recurriendo a ellos al sentir necesidad de hacerlo (comunicación interpersonal). No podía expresarse con ellos más directamente que como lo hacía consigo misma. En este contexto, podría interpretarse que la enfermedad orgánica es una alusión a la pérdida personal del objeto, como en *a*.

c. La persistente enfermedad dolorosa tiene, asimismo, un sentido de comunicación agresiva hacia su familia, que, según la paciente, la había abandonado. Este mensaje —parafraseado como: «¡Ustedes no sirven para nada! ¡Miren, aún no me ayudaron!»— también está envuelto en el manto de una alusión. No se expresa de manera simple y directa en el lenguaje cotidiano, sino en forma indirecta, por medio del intenso desagrado que experimentan las personas que cuidan a pacientes cuyos sufrimientos persisten y no pueden mitigarse.

En la práctica psicoterapéutica y psicoanalítica suelo utilizar los tres tipos de interpretaciones y explicaciones. Por regla general, es muy eficaz proceder en orden inverso. En otras palabras, empiezo por considerar que las manifestaciones del paciente son comunicaciones indirectas, que buscan y ofrecen las necesarias relaciones objetales. Solo después de realizar esto interpreto en función de relaciones objetales específicas y, por último, reconstruyo las relaciones infantiles y los conflictos instintivos. No es necesario, desde luego, que esta secuencia se efectúe de manera tan discontinua. Se trata, simplemente, de un esquema general basado en la premisa de que la comunicación significativa con el paciente se establece con más facilidad en un nivel de discurso que al (o a la) sujeto no le sea totalmente desconocido. La secuencia de la terapia se dirige entonces a establecer tipos y niveles de comunicación cada vez más nuevos —para el paciente— entre este y el terapeuta. No todos los niveles de discurso son apropiados para todos los pacientes. Desde un punto de vista ideal, a medida que progresa la labor psicoanalítica surge una perspectiva multidimensional de la situación humana del paciente —pasada y presente, tanto en el plano de la trasferencia como en el de la contratrasferencia—, la cual se define de manera progresiva. En función de esta metáfora, la meta final del psicoanálisis es el adecuado «desarrollo» de este «cuadro».

Cuarta parte. Análisis de la conducta según el modelo del juego

10. El modelo de la conducta humana como acatamiento de reglas

«El hombre es un animal que acata reglas. Sus actos no están dirigidos simplemente hacia determinados fines; se ajustan también a las normas y convenciones sociales. Atribuimos al ser humano, por ejemplo, ciertos rasgos caracterológicos, como la honestidad, la puntillosidad, la benevolencia y la mezquindad. Estos términos no indican, como la ambición, el hambre o el deseo sexual, las clases de metas que el hombre suele perseguir; por el contrario, señalan el tipo de reglas que el hombre aplica en su afán, el modo en que tiende a tratar a los demás y el tipo de regulación que impone a su conducta, sean cuales fueren sus metas. El hombre insensible, egoísta, puntilloso, considerado, perseverante y honesto no tiene metas especiales, sino que persigue todas sus metas, cualesquiera que sean, de determinadas maneras». R. S. Peters [1958, pág. 5].

Afirmar que los seres humanos tienden a comportarse en determinadas formas habituales equivale a expresar, de manera explícita, lo que quizá sea obvio. Esta simple observación empírica sirve de base, sin embargo, para constructos y teorías sociopsicológicas cada vez más complejos. El concepto de rol social, como lo concibió en un principio Mead [1934] —y, más tarde, lo elaboraron en forma tan fructífera Parsons [1952, 1958*b*], Merton [1957*a*, 1957*b*] y otros [Nieman y Hughes, 1951; Sarbin, 1943, 1954]— descansa en el hecho empírico —y engloba a este— de que, en determinadas situaciones, las personas tienden a comportarse siguiendo pautas establecidas.

Las explicaciones psicoanalíticas de la conducta humana fueron, desde el comienzo, de naturaleza distinta. Se describe al psicoanálisis —y esta descripción es correcta— como una psicología motivacional; ello significa que ofrece explicaciones en función de motivaciones. De acuerdo con las primeras hipótesis freudianas acerca de la histeria y otros «síntomas psíquicos», se suponía que un nuevo motivo, hasta ahora no reconocido por el paciente ni por el médico, explicaba la conducta de aquel. Así, por ejemplo, el motivo de un síntoma obsesivo, que el paciente atribuía a la solicitud por sus seres queridos, eran, según la interpretación freudiana, los deseos de muerte. Por consiguiente, se reemplazaba una motivación o meta, como «hacer el bien», por otra, «hacer daño». Hoy día es evidente que, si bien el análisis y la interpretación en función de las motivaciones son útiles, resultan insuficientes, tanto para la teoría psicológica como para la terapia psicoanalítica. Esto se debe a que los motivos tienden a explicar los actos humanos de manera abstracta o general. No nos dicen realmente por qué el señor Jones actuó de modo particular en un momento determinado. Para explicar los actos humanos concretos y específicos, se requiere

conocer, además de las motivaciones del sujeto, otros elementos. En este sentido, son muy útiles los conceptos, en cierta medida superpuestos, de rol y de regla.

Motivaciones y reglas

En su ensayo *The Concept of Motivation*, Peters [1958] presentó un análisis de suma utilidad acerca de la distinción entre las explicaciones psicológicas expresadas sobre la base de motivaciones y las que se expresan en función de la conducta intencional o de acatamiento de reglas[1]. La diferencia entre *acción* y *acontecimiento* constituye uno de los enfoques esenciales del estudio de Peters.

Como subrayé antes (cap. 6), esta distinción es inherente a la teoría psicoanalítica de la «enfermedad mental», e indispensable para diferenciar —por lo menos en cuanto a la actitud terapéutica— entre trastornos fisicoquímicos del organismo y «síntomas mentales». Aquellos son acontecimientos u ocurrencias; el desarrollo de un carcinoma de la cabeza del páncreas es un ejemplo de ello. En cambio, los llamados síntomas mentales son «hechos» o acciones. No sobrevienen al individuo, sino que son queridos por él (en el plano inconsciente).

Peters hizo notar que, para prever lo que hará una persona, muchas veces no es necesario conocerlo a fondo como individuo. Basta saber qué rol desempeña:

«Sabemos qué hará el sacerdote cuando empieza a caminar hacia el púlpito al promediar el penúltimo himno, o el viajero cuando traspone las puertas del hotel, porque conocemos las *convenciones* que regulan los servicios religiosos y la estadía en los hoteles. *Y estamos en condiciones de formular dichas predicciones sin saber nada acerca de las causas de la conducta de la gente. El hombre que vive en sociedad es como un jugador de ajedrez con mayúscula*» [pág. 7]. [Las bastardillas son mías].

De este modo, Peters llegó a la conclusión de que lo primero que debemos conocer acerca de los actos humanos son las normas y metas que regulan el comportamiento del hombre. De acuerdo con este criterio, la antropología y la sociología serían las ciencias básicas de la acción humana, porque estas disciplinas se dedican a mostrar, de manera sistemática, la «estructura de normas y metas necesarias para clasificar las acciones dentro de determinada especie» [pág. 7]. La psiquiatría y el psicoanálisis abordan también estos problemas, aunque a veces lo hagan sin saberlo. Así, en el estudio psicoanalítico de las perversiones o de los llamados actos antisociales, el observador debe ocuparse, por fuerza, de las normas y metas. Parecería que al suscribir de modo tácito a las normas sociales prevalecientes —como lo hizo Freud, verbigracia, en «Tres ensayos sobre la teoría de la sexualidad» [1905] —, el autor *no tomó en cuenta* en absoluto las normas, sino solo las «funciones psicosexuales» [Szasz, 1959*a*],

Sobre las explicaciones causales y convencionales

¿De qué modo se pueden diferenciar *las explicaciones psicológicas causales* de las *convencionales* (p. ej., en términos de *acatamiento de reglas*)? Encontramos aquí, en una forma nueva y más manejable, la clásica dicotomía entre causalidad mecanicista y teleología vitalista. En términos del presente estudio, planteamos la distinción entre las explicaciones de la conducta basadas en un «factor oculto», y las teorías que se apoyan en la «convención». La teoría de la libido es un ejemplo típico de aquellas, mientras que la de los roles ilustra las segundas. Las teorías del factor oculto, al igual que las clásicas teorías de la física, formulan sus planteos explicativos en fundón de hechos o factores que actuaron anteriormente (instintos, impulsos, libido, etc.). Por definición, deben explicar el presente y el futuro sobre la base de lo sucedido en el pasado. En contraste, las explicaciones de la conducta de acatamiento de reglas se formulan en función de convenciones (reguladoras del comportamiento humano). Es importante aclarar en forma explícita la relación que mantienen las convenciones con la época. Muchas reglas que gobernaron la conducta en el pasado ya no tienen vigencia en nuestros días. Otras, que desempeñaron un papel activo en tiempos pasados, aún conservan su eficacia, y cabe suponer que seguirán operando en el futuro inmediato. Por último, algunas reglas solo se pueden proyectar en el futuro como tendencias previsibles (regulaciones legislativas novedosas, «utopías»).

No existe razón lógica alguna para suponer que las condiciones o los hechos futuros no puedan ser «causas» de los actuales. Ahora es posible construir máquinas que se comporten como si se dirigieran hacia una meta [Wiener, 1948, 1960]. Desde luego, la elección de la ruta depende de las personas que construyen la máquina. Este tipo de máquinas toma en cuenta el futuro y su regulación depende, en cierto sentido, de los hechos futuros. La capacidad del hombre para incorporar la llamada conducta teleológica a sistemas no biológicos ha eliminado cualquier significación posible del viejo concepto de vitalismo.

¿Cuál es, pues, la diferencia entre el tipo de explicación causal y el de acatamiento de reglas para un determinado fragmento de conducta? Según Peters [1958], Freud se interesó fundamentalmente por una clase general de actividades —sueños, obsesiones, fobias, perversiones, alucinaciones, etc.— caracterizadas por el hecho de «no tener sentido, o de tener un sentido muy raro» [pág. 10], Freud reclamó estos fenómenos para la psicología, «ampliando el modelo de la conducta intencional de acatamiento de reglas con el fin de que abarcase el inconsciente» [pág. 11]. Por lo tanto, es justo considerar que el trabajo de Freud constituye una ampliación satisfactoria del principio de acatamiento de reglas, destinada a influir la conducta determinada por el inconsciente. La actitud psicoanalítica hacia los cambios de la personalidad explica claramente esta posición, porque se considera a los síntomas *como si* se ajustasen a la pauta de acatamiento de reglas. Un corolario curioso —pero muy importante— de este enfoque es que en ningún punto del psicoanálisis se tiene

suficientemente en cuenta el caso de la persona que actúa de manera autoperjudicial, por necedad o porque carece de buena información. El psicoanálisis no solo acepta las explicaciones basadas en el acatamiento de reglas, sino que les da una importancia excesiva y las aplica a situaciones en las que no pueden encajar o es poco probable que lo haga.

La tesis opuesta —o sea, la postulación freudiana de un tipo de explicación mecánico-causal para los «actos determinados por el inconsciente»— está sustentada por el hecho de que Freud atribuyó un comportamiento «neurótico» a fenómenos como la compulsión de repetición, la actividad permanente del complejo edípico reprimido, las fijaciones infantiles, la fuerza excesiva de los instintos, o instintos parciales, etc. Desde el punto de vista lógico, cada uno de estos constructos ocupa una posición análoga a un hecho físico ocurrido antes. Muchas explicaciones psicoanalíticas originarias acerca de la conducta (sin duda, no todas las contemporáneas) tienen esta estructura lógica de causa-y-efecto. Esto se explica, quizá, porque Freud se hallaba atrapado en un dilema moral del cual trataba de librarse por medio de argumentos que, en apariencia, no eran morales. De acuerdo con su medio social, Freud equiparaba la conducta reglada «consciente» con las nociones de responsabilidad y penalidad. Por consiguiente, como quería tratar la histeria —y las enfermedades mentales en general— de manera científica y objetiva, no tuvo otra alternativa que negar y ocultar su propio descubrimiento, esto es, que la conducta peculiar o sintomática también obedece a los principios de los actos de acatamiento de reglas. Su célebre consigna terapéutica: «“Yo” debo advenir donde “ello” estaba», podría traducirse a nuestro lenguaje actual como: «El acatamiento de reglas oscuro e inexplícito será reemplazado por el acatamiento de reglas claro y deliberado». En los: próximos capítulos describiremos y examinaremos las reglas precisas que sigue la conducta «histérica», así como el origen de esta y las razones de su persistencia.

Naturaleza y convención - Biología y sociología

La existencia de un *abismo lógico* entre naturaleza y convención es un principio fundamental de la ciencia moderna [Popper, 1944-1945][2]. Al reconocer esta importante distinción, Peters [1958] volvió a subrayar que los «movimientos *qua* movimientos no son inteligentes, ni eficaces, ni correctos. Solo llegan a serlo en el contexto de la acción» [pág. 14]. En consecuencia, los movimientos *qua* movimientos son problemas que corresponden a la neurología (biología), mientras que los movimientos *qua* signos —esto es, acciones— son problemas que atañen a lo que he llamado metaneurología (psiquiatría, sociología, ciencia de la conducta, etc.). Por lo tanto, considerar que un determinado fenómeno que implica la participación humana es una *acción* o un *acontecimiento* tendrá consecuencias muy trascendentes, porque

los acontecimientos «no pueden describirse como inteligentes o tontos, correctos o incorrectos, eficaces o ineficaces. *Prima facie*, no son más que ocurrencias» [pág. 15]. Las explicaciones causales son adecuadas para los acontecimientos u ocurrencias; las convencionales, no.

Aquí podemos confrontar varias conceptualizaciones diferentes. La distinción entre *ocurrencia* y *acción* es muy similar a la que existe entre *objeto* y *signo*, o entre *auténtico* y *facsímil*. En general, es posible pasar de un miembro de estos pares al otro, y viceversa. Observamos, entonces, énfasis cambiantes entre biología y sociología (psiquiatría), entre naturaleza y convención. Un fragmente de conducta «incapacitada», «infortunada» o «desviada» recibirá el rótulo de «enfermedad» o algún otro calificativo (fingimiento, problema vital, problema comunicacional, etc.), según el punto de vista adoptado. Interpretar la conducta como ocurrencia implica tomarla por su valor aparente y considerarla como la «cosa real». A la inversa, la conducta interpretada como acción implica tratarla como un signo y verla como representante o portadora de alguna otra cosa (un mensaje o «significado»).

Por último, Peters observó que, a veces, cuando pedimos a una persona que exponga los motivos de sus actos, damos a entender que podría tener males intenciones. Y cuando afirmamos que sus motivos son inconscientes, está implícito, además, que la persona tiene malas intenciones y ni siquiera lo sabe. Por consiguiente, existe una diferencia importante entre dar la razón de nuestras acciones y ofrecer un justificativo para ellas. Las razones y causas operan, por así decirlo, en un campo ético neutral, mientras que los motivos y justificaciones se utilizan en un contexto donde las consideraciones éticas se toman en cuenta de manera explícita o implícita. Esto concuerda con el primitivo análisis de la sociología de la histeria, desarrollado en la época de Freud, y lo sustenta.

El análisis motivacional de la enfermedad mental no funcionó, por lo tanto, solo como una simple explicación científica, sino también —y acaso en forma principal— como un justificativo, tanto para la conducta del paciente como para el interés del médico por él y sus humanitarios esfuerzos para ayudarlo.

Las reglas, la moral y el superyó

Relacionemos ahora el concepto psicoanalítico de superyó con la noción de acatamiento de reglas y con lo que suele entenderse por «ética» y «moral». Al hablar de ética y moral nos referimos a las reglas seguidas por los hombres para orientar su vida; a veces, también aludimos al estudio de estas reglas (v. gr., la ética como ciencia de la conducta moral). El concepto psicoanalítico de superyó se refiere, en esencia, a los mismos preceptos. Nos enfrentamos aquí con varios términos, algunos técnicos y otros de uso corriente, que significan más o menos lo mismo. Para propósitos científicos es más útil hablar, simplemente, de acatamiento de reglas y de conciencia

de reglas (examinaremos esto, de manera más detenida, en el capítulo 13); de este modo eludiremos varios problemas. Por ejemplo, la palabra moralidad, como lo hizo notar Peters [1958], no suele utilizarse para designar la conducta obsesiva o los actos cotidianos; alude, por el contrario, al «acatamiento inteligente de reglas cuyo propósito se sobrentiende» [pág. 87]. En general, Freud no estudió en forma explícita la conducta reglada, excepto la que se basa en el principio de que los hombres (los niños) obedecen a las personas (adultas) temidas y respetadas. Tuvo poco que decir acerca de la conducta de cooperación y de adaptación mutua entre seres adultos.

Esta falla básica de la teoría psicoanalítica se debe a que Freud se interesaba mucho más en señalar los defectos inherentes a la «moralidad infantil» que en definir qué clase de moralidad es apropiada para el ser humano adulto y plenamente socializado [Rieff, 1959].

No obstante, sería erróneo pensar que la teoría psicoanalítica no contribuye a describir y evaluar diferentes tipos de comportamientos éticos. En este sentido, el concepto esencial es la relativa rigidez o flexibilidad del superyó. El superyó infantil, inmaduro o «neurótico», es rígido; se caracteriza por la servil adhesión a reglas que, además, pueden comprenderse de manera poco clara. El superyó maduro o «normal», por el contrario, es flexible; puede evaluar de inmediato una situación y modificar las reglas en conformidad. De acuerdo con una antigua formulación clásica [Strachey, 1934], la eficacia del psicoanálisis como tratamiento depende de las intervenciones (interpretaciones modificantes) del analista, cuando ellas consiguen cambiar el superyó del sujeto, permitiéndole ser más flexible. A mi juicio, esta concepción es sana. Empero, está muy limitada, al igual que la teoría psicoanalítica del superyó, por el hecho de que nada dice acerca de cuál es la clase de rigidez que se juzga «mala» y cuál es la flexibilidad «buena». En otras palabras, Freud y otros psicoanalistas juguetearon siempre con los sistemas normativos, sin comprometer nunca su opinión sobre los patrones normativos.

A decir verdad, Freud, cuando tuvo que enfrentar abiertamente el problema de los patrones normativos, cerró los ojos. Llegó tan solo a reiterar la simple y razonable opinión sustentada por mucha gente, a saber, que lo que «se debe hacer» es lo que ellos hacen:

«Hace muchos años [Freud] mantuvo correspondencia privada con Putnam acerca del tema de la ética. Putnam me la mostró y recuerdo estas frases: *Ich betrachte das Moralische als etwas Selbstverständliches* (…) *Ich habe eigentlich nie etwas Gemeines getan*» [Jones, 1957; pág. 247].

Jones ofreció la siguiente traducción: «*Considero que la ética debe darse por sentada. Nunca cometí realmente una bajeza*» [pág. 247]. [Las bastardillas son mías]. Sería mejor traducir la palabra alemana *selbstverständlich* por el adjetivo «evidente por sí misma». Ahora bien, afirmar que la moralidad es evidente por sí misma, y

creer que uno nunca cometió un acto innoble, son declaraciones peculiares cuando provienen de labios de un científico cuyo objeto de estudio era el hombre, incluida su propia persona. Reflejan, a mi juicio, la determinación de Freud, de excluir este ámbito del examen crítico. Resulta instructivo, sin embargo, correlacionar esta presunción referente a la actitud personal de Freud hacia los problemas éticos (incluso los valores y reglas) con su teoría del superyó.

Puesto que el psicoanálisis se ocupa de manera predominante de la conducta aprendida, las consideraciones acerca de normas y patrones son siempre pertinentes para la formulación y explicación adecuadas de sus observaciones. Con respecto a esto, Peters [1958] nos recuerda que «la vida social nunca es, como la vida en la jungla hecha popular por los teóricos evolucionistas, una mera cuestión de supervivencia; *es el problema de sobrevivir de determinada manera*» [pág. 127]. [Las bastardillas son mías].

Es imposible acentuar la significación del hecho de que casi toda la conducta que interesa al psicoterapeuta —o al psicólogo social— es aprendida. El concepto de aprendizaje se liga operacionalmente con el de actuación. Aprendemos cómo actuar para evaluar normas o alcanzar metas. Tanto el aprendizaje como la actuación presuponen pautas de validez. «El hombre que aprende algo es aquel que llega a obtener algo *válido*» [págs. 114-15]. Por lo tanto, el concepto de actuación es fundamental para el enfoque sociológico de la conducta humana. Los estudios sociológicos y antropológicos acerca de la manera en que actúan los seres humanos suelen girar en torno de las actuaciones que representan, por así decirlo, para sí mismos y para quienes los rodean [Goffman, 1959].

Reglas, roles y compromiso personal

Las nociones de acatamiento de reglas y de desempeño de roles se relacionan en forma estrecha. El concepto de rol implica el acatamiento de reglas. A la inversa, un sistema de reglas coherentes constituye un rol (en abstracto). En la quinta parte de este libro realizaremos un análisis de la conducta basado en el modelo de participación en un juego. Por ahora sólo quiero subrayar que el concepto de rol social —o de «desempeño del rol» (sea en la ficción o en la vida real)— implica cierto grado de participación personal en (o de compromiso con) aquello que uno se empeña en hacer. Hablamos de los roles sociales del médico, la enfermera, el maestro, el policía, etc. Estos roles no se refieren a pautas de acción sino de acontecimientos. Los acontecimientos como tales, no son roles, y no pueden incluirse en las categorías desempeño de roles y de acatamiento de reglas.

La línea de demarcación entre acontecimiento y acción suele ser poco clara. El punto en que un acontecimiento sufrido en forma pasiva se trasforma en una situación de desempeño de roles —siempre que la persona implicada no tenga un deterioro

neurológico— puede depender de la actitud que asume hacia su condición humana. Al hablar de «actitud», me refiero a una persona llena de esperanza o abatida, orientada hacia pautas de dominio activo o de sufrimiento pasivo, etc. Consideremos, por ejemplo, el caso del hombre que, al dirigirse a su trabajo, es víctima de un accidente. Herido y con pérdida temporaria del conocimiento, es llevado al hospital. Todos estos hechos le suceden.

Al recobrar el conocimiento, se encuentra en el rol de paciente. De ahí en adelante, su conducta —o, por lo menos, algunos aspectos de la misma— puede y debe analizarse en función del acatamiento de reglas y del desempeño de roles. En realidad, ningún otro análisis podría explicar en forma adecuada su conducta personal una vez que cierto grado de conciencia reemplaza la pasividad total provocada por la pérdida de conocimiento. Si bien esto puede parecer obvio, lo subrayamos porque las personas que se hallan en dificultades se consideran, con mucha frecuencia, totalmente desvalidas, «víctimas de las circunstancias».

La gente puede ser víctima o no de las circunstancias. En general, tanto las circunstancias desfavorables como los «estilos de vida» personales [A. Adler, 1931] desempeñan un rol en la determinación del destino humano. Lo esencial es que, si una persona vivencia y define su situación como si no hubiera contribuido a producirla, es posible que esto, en realidad, no sea cierto. Por el contrario, esta actitud sirve a menudo a propósitos defensivos. En otras palabras, cuando se realizan opciones —sea mediante la acción específica o, con más frecuencia, la inacción—, y ellas producen consecuencias desdichadas, la gente suele pensar que «no fue por culpa suya» que las cosas resultaron de esa manera. En un sentido moral puramente convencional podría tener razón, pero esto se debe simplemente a que el sentido común adjudica la culpa solo a la realización específica de actos —con menos frecuencia, a las omisiones—; e incluso toma en cuenta solo aquellos actos cuyos efectos deletéreos son inmediatos o de corto alcance. Con respecto al análisis de las relaciones humanas, es necesario distinguir, sin embargo, entre el disposicional-legal, o basado en el sentido común, y el científico. Desde el punto de vista del análisis científico, toda vez que los individuos participan en determinadas fases de acciones precedentes contribuyen en alguna medida al resultado final. El grado de esta participación solo podrá evaluarse examinando las circunstancias de cada situación individual, pero, sea como fuere, desde este punto de vista es inevitable inferir que los seres humanos plasman su propio destino, por mucho que puedan lamentarse de las fuerzas superiores que emanan de voluntades y poderes extraños.

Reglas y antirreglas

Afirmar que el hombre es un ser orientado hacia el acatamiento de reglas implica algo más que decir que tiende a actuar sobre la base de reglas que se le

proporcionaron. El hombre también muestra tendencia a actuar oponiéndose a ellas.

En este sentido, son pertinentes las observaciones de Freud [1910*b*] acerca de los significados antitéticos de las llamadas palabras primordiales. Al comentar un ensayo filológico de Karl Abel, Freud destacó que es posible utilizar determinadas palabras básicas de una lengua para expresar significados opuestos. En latín, por ejemplo, *sacer* significa, al mismo tiempo, sagrado y maldito. El sentido antitético del simbolismo es una característica importante de la psicología de los sueños.

En el sueño, un símbolo —o una imagen— se autorrepresenta o representa a su opuesto: alto puede significar bajo, por ejemplo, y joven puede querer decir viejo. He postulado [Szasz, 1957*a*, págs. 162-63] que este principio se aplica también a los efectos: sentir miedo puede significar que uno está alerta y preparado para enfrentar el peligro; sentirse culpable, que uno tiene escrúpulos de conciencia. Parece que esta significación bivalente y antitética es inherente a la capacidad del hombre para elaborar y utilizar toda clase de símbolos. Se aplica a los afectos, signos icónicos, palabras, reglas y sistemas de reglas (juegos), cada uno de los cuales puede significar —o, más a menudo, señalar— al referente y su opuesto.

Desde el punto de vista psicosocial, las antirreglas son muy importantes en la conducta de las personas simples («inmaduras»). Así, los niños y las personas sencillas, de bajo nivel educacional, tienden a estructurar y ver su mundo en función de las reglas que se les enseñó, más las opuestas. Si bien es posible modificar las reglas o elaborar otras nuevas, el hacerlo requiere cierta dosis de complejidad psicosocial. En consecuencia, estas alternativas no están al alcance de los niños pequeños ni, lamentablemente, de muchos adultos. Es necesario subrayar, asimismo, que mientras el acatamiento positivo de reglas tiende a asegurar la armonía social e interpersonal, es incapaz por sí solo de satisfacer las necesidades humanas referentes a la autonomía y la integridad personales. Para satisfacer estas necesidades, es indispensable que el individuo siga sus propias reglas. Las reglas más simples que la persona tiende a vivenciar como propias son antirreglas. Cuando, durante el primer año de vida, insistimos al bebé para que coma, este aprende a protestar negándose a comer. Lo que denominamos negativismo del niño pequeño es en verdad el acatamiento de reglas negativas o antirreglas. Esta actitud, bien conocida por los psicólogos, se refleja en dichos como este: «Si quiero conseguir de él alguna cosa, tengo que pedirle que haga precisamente lo contrario». La mejor manera de vencer la proverbial terquedad de la mula que se niega a avanzar es actuar como si uno tratara de hacerla retroceder. Esto se relaciona con todo el problema de hacer algo porque está prohibido, cuya influencia en el comportamiento antisocial o delictivo estudiaron con mucha atención psiquiatras y psicólogos. El concepto de antirreglas que delineamos aquí tiene, empero, un alcance algo más amplio, puesto que se refiere, por igual, a las reglas prescriptivas y prohibitivas. Consideremos, verbigracia, las simples reglas dadas en los Diez Mandamientos. Algunas son prohibiciones —no matar, no robar, por ejemplo—. Otras, mandatos, como el de honrar al padre y a la madre. Es

evidente que cada una de ellas implica y sugiere su opuesta. La orden de no matar crea la idea de que sería posible hacerlo. Se podría objetar que la gente tenía estas ideas y otras similares antes que los Diez Mandamientos fueran promulgados, y que en general las leyes están destinadas a reprimir predisposiciones anteriores a ellas. Esto es, a menudo, cierto. Sin embargo, no excluye la posibilidad de que las leyes también creen y sugieran tendencias a realizar determinadas formas de conducta. Debido a la habitual predisposición del ser humano a desobedecer las leyes —«el fruto prohibido sabe más dulce», según reza el refrán—, es posible que toda ley suscite en los hombres la tendencia a actuar oponiéndose a ella. El grado en que las reglas fomentan la conducta regida por la negación de su acatamiento depende de muchas circunstancias, que no analizaremos, porque escapan a los objetivos de este libro. Solo queremos subrayar que, con independencia de los propósitos que abrigue el ser humano, no podemos formular reglas sin implicar, por lo menos, las reglas opuestas.

Clasificación de las reglas

Habiendo postulado el acatamiento de reglas como una concepción teórica general, estamos preparados para examinar la función y trasmisión de las reglas[3]. Los niños criados en las culturas occidentales contemporáneas deben aprender una gran variedad de reglas, que podemos dividir, sin dificultad, en tres clases: 1) leyes naturales o biológicas; 2) leyes prescriptivas o sociales (religiosas, morales), y 3) reglas imitativas o interpersonales.

Reglas biológicas

Estas reglas constituyen una parte especial de la vasta categoría denominada, por lo general, Leyes de la Naturaleza. A este grupo corresponde, por ejemplo, la necesidad de comer para asegurar la supervivencia. En suma, estas reglas atañen a la física y la química del cuerpo en relación con su medio material o no humano. Reciben el nombre de Leyes de la Naturaleza porque se han establecido de manera impersonal, y suelen oponerse a las reglas hechas por el hombre o, como se pretende, por Dios. La finalidad implícita de las reglas biológicas —convertida en explícita por el hombre— es la supervivencia del individuo como máquina corporal o física, y la de la especie como sistema biológico. Muchas reglas biológicas básicas se aprenden por medio de la experiencia directa, pero algunas, por lo menos en forma rudimentaria, son innatas. Los conocimientos más complejos acerca de las reglas biológicas se adquieren por medio de métodos científicos. Podría decirse, en realidad, que este es el fin de las ciencias médicas básicas.

Con respecto a este problema, cabe preguntar si los animales «conocen» determinadas reglas biológicas fundamentales. Hasta cierto punto, la respuesta es afirmativa, porque si no las «obedecieran» perecerían. Es importante aclarar, sin embargo, en qué sentido los animales «conocen» dichas reglas. Se trata de un «conocimiento» automático, condicionado y ajeno a la autorreflexión, compuesto por respuestas adecuadas a los objetos (de su ambiente). En la jerarquía de los procesos de aprendizaje y capacitación, este sería el tipo de conocimiento más simple y básico. Implica responder a los objetos como tales, no en su carácter de signos, y puede denominarse aprendizaje objetal.

En general, los animales no conocen ningún otro tipo de reglas (metarreglas). Aun cuando algunas especies de monos participan en determinados juegos, y muchos animales pueden aprender a seguir, sin dificultad, ciertas reglas mediante la imitación y la práctica (los osos bailarines, las focas equilibristas, etc.), la limitada capacidad de los animales para simbolizar parece restringir el uso de reglas a aquellas que no son reflexivas. En otras palabras, los animales no pueden usar las reglas de manera inteligente; con ello queremos significar que no son conscientes o no saben que las están usando. Esto se infiere del hecho de que los animales son incapaces de modificar con rapidez las reglas, de acuerdo con las exigencias de una situación determinada, y tampoco pueden crear nuevas pautas de reglas (nuevos juegos). Por consiguiente, los animales no pueden aprender metarreglas, ni jugar a metajuegos[4].

Reglas sociales, religiosas o morales

Todas las leyes prescriptivas que gobiernan las relaciones sociales, sea que emanen de un supuesto Dios único, de una multiplicidad de deidades, del destino, de la cultura o de la sociedad, pertenecen al grupo de las reglas sociales, religiosas y morales. Estas leyes difieren de las naturales en cuanto al ámbito o distribución geográficos y a la naturaleza de las sanciones. Las leyes naturales son válidas para todas las regiones de la Tierra, aunque —como se reconoce ahora— no pueden aplicarse a situaciones ajenas a nuestro mundo, por ejemplo, en otro planeta. En apariencia, el carácter universal de las reglas biológicas básicas radica en que predominan de manera consecuente a través de todo el espacio-tiempo experimental. Estas reglas dicen, en realidad, que la vida humana, tal como la conocemos ahora, solo puede existir en determinadas circunstancias. Al utilizar la expresión «vida humana» nos referimos a un tipo específico de organización biológica.

El concepto de ley moral o religiosa es análogo, en cierto sentido, al de ley biológica. Por lo general, las leyes religiosas prohíben determinados actos. Podemos presentar en forma más vivida la analogía entre leyes naturales y leyes religiosas citando ejemplos de las primeras expresados en la forma típica de las segundas, esto es, como mandatos prohibitivos:

«Evitarás caer en los precipicios… [si quieres vivir una vida larga y feliz]».
«No saltarás a los ríos profundos… [si quieres evitar el peligro de ahogarte]».

Los mandatos religiosos más antiguos que conoce el hombre occidental —los Diez Mandamientos— se expresan de esta manera: «No matarás», «No robarás», etc. Se los ponía en vigor mediante sanciones que todos consideraban ocurrencias naturales. Así como el agua o el fuego destruirán al hombre, del mismo modo la ira de Dios lo castigará si infringe el mandato divino. Parecería que en las primeras épocas de la organización social del hombre la gente prestaba ayuda a sus dioses (como lo hace aún en los asuntos políticos) y, sin embargo, se las arreglaba para creer que los castigos por las trasgresiones eran tan automáticos e impersonales como los que seguían a la violación de las reglas de supervivencia biológica. Pero acaso sería más exacto invertir la igualación de las leyes natural y moral, y afirmar que el hombre primitivo las confunde porque sólo es capaz de concebir la ley natural en forma de acto voluntario. En vez de reconocer la naturaleza impersonal de las leyes físicas, personaliza el mundo. Esto es lo que se entiende cuando se dice que el niño y el hombre primitivo perciben el mundo con «espíritu animista». La cosmología religiosa de la Biblia es un ejemplo clásico de «ciencia» animista y de la igualación resultante de las leyes moral y natural. Los judíos perseguidos por el faraón egipcio no se sublevaron —como sus modernos sucesores, que contribuyeron con sus esfuerzos a fabricar la bomba atómica con que destruirían a su enemigo—; Dios cumplió la venganza, por medio de la «ocurrencia natural» de una «enfermedad fatal» que atacaba a la posesión más querida de cada padre, el hijo primogénito.

El dilema más importante del hombre (occidental) contemporáneo es, quizá, su incapacidad para aceptar una visión teológica de la naturaleza, mientras que al mismo tiempo no está preparado para confiar en un enfoque pragmático-científico. Por lo tanto, muchas personas se hallan atrapadas entre un sistema de pensamiento muy primitivo para ellas y otro demasiado complejo [Bridgman, 1959].

La necesidad de poner en un mismo pie de igualdad —y, en consecuencia, de oscurecer— las reglas naturales y religiosas constituye el punto de apoyo básico del enfoque sustentado por el mundo precientífico. Sin embargo, incluso hace millares de años los hombres deben haber percibido que era posible distinguir entre ambos tipos de reglas. Para socavar el brote de racionalismo humano, que amenazaba con destruir la concepción teológica (mística) del mundo y el lugar del hombre en este, se invocó la noción de milagro. Desde este punto de vista, los milagros cumplen la función epistemológica de restablecer la identidad entre las reglas físicas y religiosas, al asegurar la verdad de observaciones que se oponen a las leyes físicas y biológicas. La separación de las aguas del Mar Rojo, que permitió a los israelitas atravesarlo sanos y salvos, pero se tragó a los perseguidores egipcios, es un ejemplo típico. La historia de Bernadette, la Santa de Lourdes, ofrece un caso ilustrativo relativamente reciente del mismo fenómeno, esto es, del deseo de concebir el hallazgo de una fuente, o la

recuperación de una incapacidad o enfermedad, como un acto misterioso inspirado por Dios, antes que como un hecho que responde a leyes físicas. Esta interpretación concuerda con la áspera enemistad de la religión organizada con la ciencia que caracterizó las relaciones entre ambas durante los siglos pasados. En nuestros días, el término «reglas sociales» designa todas las reglas que provienen de las prácticas predominantes en un grupo social [Hollingshead, 1955]. Si el individuo desobedece o desconoce en medida significativa las reglas sociales, será incapaz de sobrevivir. Aquí hacemos hincapié en la palabra «individuo», porque nuestro foco de interés se desplazó de la supervivencia biológica a la social. La supervivencia social depende de que la persona se adapte a las reglas sociales o las modifique para ajustarlas a sus necesidades, del mismo modo que la supervivencia biológica depende de la adaptación a las reglas biológicas.

En las épocas históricas más remotas se creía que la fuente de las reglas sociales eran Dios, diversas deidades, Moisés, Jesucristo y otros excelsos personajes. Es preciso tener en cuenta que, de acuerdo con la concepción deísta del mundo, Dios es una especie de teoría causal universal. Su existencia y actividad lo «explican» todo. Si bien el hombre culto de hoy abandonó por completo esta concepción en lo tocante a las enfermedades orgánicas —v. gr., ya no atribuye a Dios el sarampión o la úlcera péptica—, todavía acepta la concepción deísta de la conducta moral. En vista de la actual situación tecnológica, tanto en Estados Unidos como en el exterior, parece dudoso que podamos permitirnos mantener por mucho más tiempo un retraso cultural de esta magnitud.

La existencia y perdurabilidad de las reglas sociales —independientemente de las fuentes que el hombre puede haberles atribuido— prueba el inmenso poder de la necesidad humana de acatar ciertas reglas. En realidad, la necesidad del hombre de contar con reglas y su tendencia a acatarlas sólo se equipara con su ardiente anhelo de liberarse de ellas. Como trataré de demostrar más adelante, esta actitud antitética es un caso especial de una tendencia más general del ser humano, o sea, la necesidad de objetos y, simultáneamente, la de soledad e individualidad. Las actitudes oscilantes de sumisión y de rebelión contra personas y reglas pueden considerarse manifestaciones de este problema humano fundamental. En nuestros esfuerzos por resolver este dilema, parece que una de las fuerzas más poderosas de que disponemos es la capacidad de abstracción del hombre. Esto hace posible construir niveles cada vez más altos de simbolización; estos constructos, a su vez, reducen el sentimiento de compulsión vinculado con todas las reglas no comprendidas explícitamente *como* reglas. Por lo tanto, para cada serie de reglas podemos construir, en principio, una serie de metarreglas Estas están constituidas por las especificaciones que rigen la elaboración de las reglas del nivel lógico inferior más próximo. El conocimiento explícito de las metarreglas implica comprender el origen, la función y el alcance de las reglas (del nivel inferior subsiguiente). La adquisición de esta cualidad comprensiva representa una forma de *dominio*. Solo ejercitando lo que se podría

llamar actitud metarreglada —la cual no es, desde luego, nada más que un caso especial de la actitud científica aplicada al dominio de las reglas— se puede lograr una integración segura, pero flexible, de las reglas como instrumentos reguladores de la conducta. Por último, la actitud metarreglada permite incrementar la gama de opciones sobre cuándo y cómo obrar de acuerdo con las reglas, cuándo y cómo modificarlas, y los límites y consecuencias de nuestras decisiones con respecto a estas cuestiones.

Cuadro 5. *Tres tipos de reglas: biológicas, sociales e interpersonales.*

	Reglas biológicas	*Reglas sociales*	*Reglas interpersonales*
Ejemplo	«Tiene que comer para vivir; de lo contrario, morirá de inanición»	«Usted debe adorar a Dios para vivir; de lo contrario, será expulsado del grupo»	«Si usted es hombre, debe desarrollarse teniendo confianza en sí mismo, para estar en condiciones de mantener a su esposa e hijos; de lo contrario, no podrá considerarse un ser adulto»
Tema estudiado por	Ciencias biológicas	Sociología, antropología	Psicología, psicoanálisis
Objetivos de las reglas	Supervivencia del cuerpo y/o la especie. Identidad biológica	Supervivencia del grupo (amplio) como organización social. Identidad (del grupo) social	Supervivencia del grupo pequeño (familia) o del individuo como ser social. Identidad individual
Sanciones por violar las reglas	1. Enfermedad o incapacidad física 2. Disolución del cuerpo: «muerte biológica»	1. Conducta socialmente desviada y «castigo»: «delito», «pecado» 2. Expulsión del grupo; pérdida de la identidad social; «muerte social»	Conducta conflictual desde el punto de vista interpersonal; infelicidad, frustración y derrota personales; «enfermedad mental»; «fracaso humano»
Sanciones codificadas como	Leyes naturales	«Leyes» legales (o religiosas)	Costumbres, pautas de conducta personal
Recompensas por modificar satisfactoriamente las reglas	Prolongación de la expectativa de vida y mejoramiento de la salud y eficacia físicas	Esfera ampliada de la fraternidad y cooperación humanas (v. gr., identidad e intereses supranacionales versus nacionales)	Autodeterminación creadora; mayor sentido de la identidad y la libertad
Velocidad del cambio	Nulo o muy lento	Gradual	Muy rápido

Reglas imitativas o interpersonales

Las reglas imitativas o interpersonales se aprenden, sobre todo en la infancia, imitando el ejemplo que ofrece alguna otra persona. Son ilustrativos los innumerables casos de *niños que miran*, en sentido tanto literal como metafórico, a sus padres, hermanos o pares, *para ver cómo deben actuar*. Su conducta se basa en el ejemplo, del mismo modo que en ingeniería el modelo en escala natural sirve como muestra para fabricar productos.

La línea de demarcación entre reglas imitativas y sociales no siempre es clara o definida. Algunas reglas sociales se adquieren por imitación. Por otra parte, como las reglas imitativas se forman, en gran medida, en la familia, constituyen un verdadero subgrupo o subdivisión específica de la clase más amplia de las llamadas «reglas sociales». No obstante, resulta útil —en especial para nuestro actual objetivo relacionado con la histeria y la enfermedad mental— trazar la distinción más clara posible entre estos dos tipos de reglas. Prestaremos, por lo tanto, especial atención a las diferencias que existen entre las reglas… interpersonales y las sociales.

Las reglas imitativas suelen referirse a cuestiones triviales y cotidianas —cómo vestirse, cómo comer, de qué manera usar determinados juguetes, etc.—, y no se expresan en forma verbal. En vez de ser enunciadas en forma explícita, los miembros mayores de la familia o el grupo las muestran en su comportamiento cotidiano real. Los niños aprenden estas reglas por «imitación ciega». Es importante subrayar la cualidad «ciega» de este proceso de aprendizaje porque, a diferencia del intento de fraguar la firma de otra persona, por ejemplo, este tipo de imitación es inconsciente o irreflexiva. Cuando aprendemos nuestra lengua materna, no tenemos conciencia de imitar a otras personas.

En contraste con la naturaleza trivial de muchos actos aprendidos por el acatamiento imitativo de regias y con la naturaleza implícita de estas, las reglas sociales se relacionan con situaciones conductales más importantes, reguladas por reglas enunciadas en forma explícita (habitualmente, en forma de órdenes, prohibiciones, o combinaciones de estas). En otras palabras, mientras las reglas imitativas se refieren a las costumbres, las reglas sociales codifican mandatos morales-religiosos o leyes seculares. Las sanciones para cada una de ellas varían de modo correspondiente. La incapacidad para aprender o acatar reglas imitativas se juzga simplemente una excentricidad, tontería o travesura. Cuando un individuo desconoce las reglas sociales, ello le acarrea serias consecuencias, que varían desde ser catalogado como perverso o culpable, hasta la expulsión del seno de la familia (o del grupo), o incluso la pérdida de la vida. Para las finalidades de este libro, no es necesario ampliar este estudio de las características de los diversos tipos de reglas. Los sociólogos se concentraron, de manera general, en lo que hemos denominado reglas sociales. Las reglas imitativas o interpersonales, por el contrario, fueron estudiadas en forma detenida por psicólogos y, en especial, psicoanalistas. Los

antropólogos se interesaron a menudo por el examen del rol y la significación de ambos conjuntos de reglas. (En el cuadro 5 ofrecemos un resumen de las principales características de los tres tipos de reglas).

11. La ética del desvalimiento y la ayuda

«El poder de la razón no debe buscarse en reglas que la razón dicta a nuestra imaginación, sino en la capacidad para liberarnos de todas las reglas a las que fuimos condicionados a través de la experiencia y la tradición». Hans Reichenbach [1951, pág. 141].

Recordemos que el término «histeria» alude a la expresión y comunicación —principalmente por medio de signos corporales, no verbales— de un estado de incapacidad o «enfermedad». El propósito implícito de la comunicación es obtener ayuda. Si formulamos de esta manera el problema de la histeria, resulta lógico preguntar dónde se originó la idea de que las reglas del juego de la vida tienen que definirse de modo que quienes son débiles, se hallan incapacitados, o enfermos, deben recibir ayuda. La primera respuesta es que este es el juego que solemos jugar en la infancia. En otras palabras, a cada uno de nosotros nos cuidaron adultos cuando éramos niños débiles e indefensos. Sin esta ayuda, no hubiésemos sobrevivido hasta llegar a la edad adulta[1]. La segunda respuesta general es que las reglas que establecen la actitud de ofrecer ayuda a los débiles —esto es, las reglas características de la interacción progenitores-hijos o del juego familiar— derivan de las religiones dominantes en el mundo occidental. El judaísmo, y en especial el cristianismo, enseñan estas reglas. Lo hacen por medio del mito, el ejemplo, la exhortación y, siempre que sea posible, de la aplicación de adecuadas sanciones negativas.

En este capítulo describiremos la naturaleza y el verdadero funcionamiento psicosocial de estos dos sistemas generales de reglas. Las primeras son las reglas del juego familiar; las segundas, del juego religioso. Decidimos seleccionar estas reglas porque ofrecen, en parte, la base psicosocial y la fundamentación racional de la conducta histérica, así como las de otras «enfermedades mentales». En suma, los hombres aprenden cómo ser «enfermos mentales» siguiendo —sobre todo— las reglas de estos dos juegos[2]. Puesto que los sistemas éticos se componen fundamentalmente de reglas de conducta social que los hombres están obligados a acatar, los dos sistemas que examinaremos ahora pueden considerarse con justicia representantes de la ética del desvalimiento y la ayuda.

La infancia y las reglas del desvalimiento

Freud subrayó repetidas veces [v. gr., 1916-1917, 1927] que la larga infancia del hombre originaba en este la tendencia a desarrollar lo que denominó «neurosis». En su forma general, la idea de que la puerilidad se relaciona de alguna manera con la «enfermedad mental» (y con todo tipo de conducta desviada) es muy antigua. Sería

imposible atribuir este importante *insight* a una sola persona. Los principales defectos de esta idea son su generalidad y vaguedad. Para que resulte útil, sea en el campo de la psicoterapia o en el de la elaboración de teorías científicas, es necesario esclarecer los detalles precisos de la tendencia común del ser humano a conservar rasgos caracterológicos pueriles y aniñados, o a reasumir pautas de conducta infantiles («regresión»).

Regresión versus infantilización

La tesis básica de Freud era que el hombre *quería* seguir siendo niño, pero era empujado hacia adelante, por así decirlo, por fuerzas generadas por la frustración (sexual) de sus instintos. A su vez, esta frustración provenía, según Freud, de la «cultura». Postuló de este modo un conflicto irreconciliable entre los intereses de la satisfacción instintual —y, en especial, sexual—, por una parte, y los desarrollos y necesidades culturales y sociales, por la otra [Freud, 1927, 1930]. Una parte inherente a esta posición filosófico-científica consiste en considerar que la tendencia del hombre hacia la inmadurez está «determinada biológicamente». La regresión satisfaría así una «necesidad» análoga a las necesidades biológicas de agua, alimento, o actividad sexual. Este punto de vista, que ofrece una «explicación» de la tendencia a la regresión, torna innecesaria la búsqueda de los factores sociales que podrían contribuir a este tipo de conducta.

En las últimas décadas, muchos estudiosos del hombre cuestionaron o se opusieron a esta teoría básica acerca de la «naturaleza humana». Debemos a Susanne Langer [1942] una de las formulaciones más coherentes del concepto de que la tendencia del ser humano hacia la infantilidad no es un fenómeno biológicamente determinado y contrarrestado por la civilización, sino que es «inherente» al hombre la capacidad de evolucionar en una dirección de creciente complejidad psicosocial, expresada por pautas de simbolización cada vez más ricas.

En términos generales, se podría explicar la conducta aniñada en función de la causación biológica, del aprendizaje, o de una combinación de ambos. El concepto psicoanalítico de regresión tiene fuertes bases biológicas, pero también utiliza las experiencias de aprendizaje como determinantes de la conducta ulterior. La relación mutua de ambos componentes y su proporción exacta son, por lo común, poco claras. Al tratar este problema, no tomaré en cuenta las consideraciones biológicas. Nuestra tarea se limitará a contribuir a la comprensión de los factores psicosociales que promueven el aprendizaje, por una parte, y de aquellos que fomentan la ignorancia, por la otra.

A mi juicio, no hay bases adecuadas para aceptar el criterio de que el hombre desea el *statu quo* y se siente empujado hacia adelante sólo por la privación, la cultura, o cualquier otra cosa. A decir verdad, esta formulación parece nada más que

una nueva y resonante versión, más científica, del antiguo relato bíblico acerca del hombre y la pérdida de la gracia divina, o sea, la expulsión de Adán y Eva del Jardín del Paraíso. El solo hecho de que Dios prohibiera a estos dos «pecadores originales» regresar al Jardín del Edén implica que ellos deseaban ese retorno. En efecto, si Adán y Eva no hubiesen querido regresar al Paraíso, ¿cómo habrían sido castigados? La teoría psicoanalítica tradicional del crecimiento humano postula, de igual modo, que las *metas regresivas son primarias*. La sublimación sería, según este punto de vista, un sustituto deficiente, al que se renunciaría de inmediato si fuera posible alcanzar (de manera no conflictual) las metas regresivas originarias.

Afirmo que el «Paraíso Perdido» es un mito. En general, se sobrestiman mucho las cualidades placenteras de las experiencias infantiles y las metas regresivas. Prescindiendo del discutido problema del grado de felicidad o de satisfacción que brindan las gratificaciones infantiles, adhiero, en cambio, a una posición esencialmente similar a la de Susanne Langer en lo que respecta a la maduración psicosocial del ser humano. Sin embargo, quisiera reforzar la tesis básica de esta investigadora —la de que el hombre necesita la simbolización y la expresión simbólica— agregando dos conceptos complementarios: primero, el hombre tiene una necesidad primaria (e irreductible) de establecer relaciones humanas o contactos objetales[3]; segundo, las nociones de objeto, símbolo, regla y rol están íntimamente unidas, de modo que el desarrollo del hombre hacia la identidad e integridad personales, por una parte, y hacia la tolerancia social y la necesidad cada vez menor de narcisismo grupal, por la otra, concuerda con la creciente complejidad en la comprensión y el uso de símbolos, reglas, roles y juegos [Szasz, 1957*c*], Creo, por lo tanto, que la tendencia humana aparentemente básica a conservar el carácter infantil y a esforzarse por alcanzar las llamadas metas regresivas no está, por fuerza, biológicamente determinada, y puede explicarse de modo más satisfactorio de acuerdo con los siguientes lineamientos.

El aprendizaje *es* difícil. Exige esfuerzo, dedicación a la tarea, autodisciplina, perseverancia y muchas cualidades más. La persistencia en las habituales pautas de conducta es, por lo tanto, un método que ahorra trabajo. Por muy válido que parezca este principio —y no pretendo disminuir su importancia—, su pertinencia depende del grado de entusiasmo e interés del sujeto que aprende. Si el individuo posee una buena dosis de estos ingredientes psicológicos, es decir, si es psicológicamente rico —como lo son, sin duda, los niños sanos—, ya no podrá aplicarse el principio de que ahorrar trabajo es «algo positivo». Ese individuo necesitará, como ocurre con la sociedad rica y productiva en el plano económico, producir y consumir antes que conservar. Por consiguiente, la necesidad de ahorrar «trabajo» psicológico no puede considerarse una ley general. Su validez depende de la presencia de determinadas condiciones, verbigracia, la fatiga, dotes insuficientes para el aprendizaje (idiocia o debilidad mental), o relaciones humanas que desalientan o impiden el aprendizaje.

Considero que la mayoría de las teorías científicas del hombre subestimaron

muchísimo la importancia de las prohibiciones religiosas, sociales y personales impuestas al conocimiento y el aprendizaje. En realidad, la capacidad de aprender de los seres humanos es impresionante. No obstante, las presiones en dirección opuesta existieron en forma activa en todos los períodos históricos [véanse Muller, 1959; Yarnell, 1957]. A título ilustrativo, citaremos algunos ejemplos:

1. Las religiones judía y cristiana atribuyen la pérdida de la gracia divina al hecho de que Adán comió el fruto del árbol de la sabiduría.

2. La Iglesia Católica da una lista de libros (y de otros materiales, por ejemplo, películas cinematográficas) que están prohibidos para los miembros de esta religión[4].

3. Existen fuerzas sociales mucho más sutiles, pero igualmente poderosas, que impiden a la gente aprender los hechos de la biología humana y las creencias religiosas o las costumbres propias de otros grupos humanos. Muchas reglas de la conducta grupal (narcisismos nacionales, prejuicios raciales, etc.) fomentan y gratifican, en igual grado que las doctrinas y creencias religiosas, varias formas de aniñamiento individual encubierto.

4. Por último, es importante tener en cuenta que muchas personas que actúan en relaciones específicas fomentan la conducta negativa con respecto al aprendizaje, como el caso del padre que recompensa el desvalimiento y la dependencia permanente de su hijo, con el fin de acrecentar su propia importancia y autoestima. Creo que este caso es muy común [Butler, 1903]. Si así fuese, constituye una parte significativa de la gran cantidad de tendencias humanas que presionan hacia el aniñamiento, el desvalimiento, la incompetencia y la «enfermedad mental».

La regla que reza: «¡Hay que ayudar al enfermo y al que sufre!»

Al igual que el llanto del bebé, el mensaje «estoy enfermo» es de suma eficacia para movilizar a la gente hacia algún tipo de prestación de servicios. De acuerdo con esta repercusión comunicacional de la enfermedad, los médicos —siguiendo los pasos de sus predecesores, los clérigos— se inclinaron a definir su profesión como un «llamado». Esto implicaba que no solo eran los enfermos y desamparados quienes los llamaban —como en realidad ocurre—, sino también Dios. Las personas que ofrecen ayuda se apresurarían a acudir junto al desvalido (el enfermo o incapacitado) y lo auxiliarían para devolverle la «salud». Esta clase de actitud terapéutica tiende a definir de manera complementaria el rol de la persona enferma o desvalida, esto es, que tiene derecho a la ayuda simplemente porque se halla incapacitada. Por lo tanto, si no la ayudamos (en especial si estamos en condiciones de hacerlo) incurriremos en un delito moral.

Ocurre a menudo que este «juego de la ayuda» se juega de tal modo que quienes

forman parte del equipo que ofrece ayuda están obligados, sin saberlo, a cuidar de los que la buscan. Ya no pueden optar entre ofrecer o rehusar ayuda, sino que están comprometidos por un contrato social no escrito que puede ser muy gravoso para ellos. No es extraño, entonces, que si se descubre que un paciente finge estar enfermo, aquellos a quienes se dirige el falso mensaje (el equipo que presta ayuda) vivencien su conducta como una forma de chantaje. Los médicos reaccionan ante tales personas de la misma manera que lo haríamos nosotros frente a un individuo que posee un contrato muy perjudicial para nuestros intereses, contrato que intenta hacer cumplir apelando a todo el poder (legal) de que dispone. Si bien Freud no abordó el problema en estos términos, lo conocía y estaba preparado para enfrentarlo según la tradición del racionalismo científico. Esto puede inferirse a partir de su insistencia en discutir abiertamente los aspectos financieros de la relación paciente-médico [Freud, 1913, pág. 346]. Hasta entonces —e incluso hoy, en muchos círculos — los facultativos no tenían la costumbre de hablar de cuestiones de dinero con los pacientes. Esta conducta responde, sin duda, a varios propósitos, entre ellos el deseo de no interferir con la imagen de prestación de ayuda que bosquejamos más arriba. Con el fin de preservar la creencia de que los enfermos reciben ayuda médica porque *la necesitan*, es indispensable negar o enmascarar el hecho de que pagan por ella. Es preciso tener siempre en cuenta la posibilidad de que las actitudes de «benevolencia» y «dulzura» hacia los «pobres pacientes» cumplan, de manera general, con el propósito de acrecentar la autoestima del médico.

Por el mismo motivo, es necesario considerar que las actitudes terapéuticas atribuidas tradicionalmente a la «bondad» son maniobras encubiertas del terapeuta para subestimar y sojuzgar al paciente. Recordemos, en este sentido, la relación entre el blanco sureño de clase acomodada y su esclavo negro. El amo trataba a su sirviente con «bondad» y «consideración» —en realidad, le dispensaba un trato mucho más benevolente que el que recibía el negro en la jungla industrial del Norte (como los partidarios de la supremacía blanca están siempre muy dispuestos a recordarnos)—, pero esta misma «bondad» formaba parte del código de la esclavitud.

De igual modo, mucho de lo que se considera «ética médica» no es más que un conjunto de reglas que ejercen el efecto de infantilizar y someter de manera permanente al enfermo. Solo si suscribimos en forma honesta y seria a una ética igualitaria, democrática, se podrá asegurar el cambio hacia posiciones de mayor dignidad y autorresponsabilidad para los individuos privados de sus derechos —ya sean estos «esclavos», «pecadores» o «pacientes»—. Esto implica tratar a las personas con respeto, consideración y dignidad en cualquier circunstancia. En tanto les otorga la oportunidad de establecer relaciones humanas más decorosas, se espera de ellas, al mismo tiempo, que asuman determinadas responsabilidades. Entre las responsabilidades concomitantes con este realineamiento de las relaciones humanas figura el requisito de tener confianza en sí mismos, incluso en los casos de incapacidad y enfermedad —excepto, por supuesto, cuando la incapacidad alcanza

dimensiones extremas[5].

En suma, la relación tradicional entre enfermo y médico se basa en reglas del juego no declaradas, conforme a las cuales la persona enferma tiene derecho al tratamiento o a la ayuda en virtud de su misma incapacidad. Aunque este encuadre es en apariencia ventajoso para el paciente, adolece de serios inconvenientes. Puede modificarse, alterando la relación dual, de modo que se reduzcan tanto el poder del enfermo para exigir, como el poder del médico para dominar. Como resultado, aumentará la capacidad de la persona enferma para ayudarse a sí misma, directamente (porque llega a ser más hábil y experimentada) e indirectamente (al incrementar sus posibilidades de opción para conseguir ayuda). El médico también gana, porque podrá limitar y estructurar su trabajo de modo que le sea innecesario recurrir a agresiones sadomasoquistas con pacientes a quienes por una u otra razón preferiría no atender. Por último, el máximo de opciones en su actividad profesional le permitirá aumentar su competencia técnico-científica [Oppenheimer, 1957].

La ayuda a los desvalidos, según Herbert Spencer

Herbert Spencer [1820-1903], considerado a menudo un precursor de la sociología moderna, se interesó profundamente por el problema de la ayuda a los desamparados. Muy influido por las concepciones evolucionistas de Darwin en el campo de la biología, trató de basar los principios sociológicos en observaciones biológicas. Si bien este método encierra muchas posibilidades de error, los puntos de vista de Spencer merecen seria consideración.

En su obra titulada *El hombre contra el estado* [1884], Spencer postuló esta tesis básica: «Para que una especie superior cualquiera subsista, es necesario que ajuste su conducta a dos principios diametralmente opuestos. El trato que se dispense a sus miembros debe ser distinto en la infancia y en la edad adulta» [pág. 78]. Resumiremos en forma breve los puntos esenciales expuestos en su ensayo.

Spencer empezó por mencionar el hecho conocido de que los «animales de tipo superior, más lentos en desarrollarse, pueden, después de llegar a su madurez, prestar a sus hijos más auxilio que los animales inferiores» [pág. 78]. Es evidente, sin embargo, que en estas especies la «supervivencia de la especie solo puede asegurarse *si los cuidados de los padres se ajustan a las necesidades inherentes a la imperfección de sus hijos*» [pág. 78]. Sobre la base de estas observaciones formuló la ley general de que «durante la etapa de inmadurez, los beneficios recibidos deben estar en razón inversa a la fuerza o capacidad del que los recibe. Por supuesto, si en esta primera etapa de la vida los beneficios fuesen proporcionales al mérito, o las recompensas a los servicios, la especie desaparecería en el curso de una generación» [pág. 79]. Spencer procedió luego a comparar y contrastar lo que llamó el «*régime* del grupo familiar» con el «*régime* del grupo más extenso, formado por los miembros

adultos de la especie» [pág. 79]. En algún momento de sus vidas, los individuos maduros (es decir, los animales) quedan librados a sí mismos. En lo sucesivo deben cumplir los requisitos vitales, o de lo contrario perecerán.

«Aquí entra en juego un principio que es, precisamente, opuesto al descrito más arriba. Durante todo el resto de su vida el individuo adulto recibe beneficios proporcionales a sus méritos, y recompensas equivalentes a sus servicios; por mérito y servicios entendemos, en uno y otro caso, la capacidad de satisfacer las necesidades vitales: procurarse alimento, asegurarse un abrigo y librarse de los enemigos. Al competir con los individuos de su propia especie y luchar con los miembros de otras especies, el individuo degenera y sucumbe, o prospera y se multiplica, según sus dotes. Es evidente que, un *régime* opuesto, si pudiera mantenerse, sería con el tiempo funesto para la especie. Si los beneficios recibidos por cada individuo fuesen proporcionales a su inferioridad; si, por ende, se favoreciese la multiplicación de los individuos inferiores y se entorpeciese la de los mejor dotados, la especie degeneraría en forma progresiva y bien pronto desaparecería ante la especie que compitiese y luchase con ella. El hecho elocuentísimo que debe notarse aquí es que *los procedimientos de la naturaleza, dentro y fuera del grupo familiar, son diametralmente opuestos entre sí,* y que la intrusión de cualquiera de ellos en la esfera del otro sería fatal a la especie, ya en el período inmediato, ya en el futuro» [pág. 136]. [Las bastardillas son mías].

Spencer aplicó estas observaciones a la especie humana y señaló que los hombres no pueden desconocer esta Ley de la Naturaleza, a la que deben obedecer tanto como los animales. En otras palabras, si bien consideraba inevitable —y, en consecuencia, apropiado— que los niños fuesen protegidos por su familia, estaba convencido de que si se aplicaba a los adultos un encuadre de ese tipo el resultado sería desastroso para la especie humana. Movido por el verdadero espíritu del rudo individualismo, tan característico de los liberales del siglo XIX, Spencer abogó por la responsabilidad del hombre que confía en sí mismo, opuesta a la ayuda del Estado paternalista.

«Seguramente, es obvio que si se adoptaran y aplicasen de lleno a la vida social los principios que gobiernan a la familia, si los beneficios obtenidos estuvieran en razón inversa a los servicios prestados, las consecuencias serían desastrosas para la sociedad. Se comprende, pues, que la intrusión, aunque sea parcial, del *régime* de la familia en el *régime* del Estado debe producir resultados funestos. *La sociedad, considerada en conjunto, no puede interferir, sin exponerse a una ruina más o menos inmediata, en la acción de los dos principios opuestos, bajo cuya influencia todas las especies han adquirido aptitud para el modo de vida que poseen y a los cuales deben el mantenimiento de esta aptitud*» [pág. 138]. [Las bastardillas son mías].

No creo posible justificar esta aplicación tan directa de los principios biológicos o

evolucionistas a la esfera de los asuntos sociales —y, por lo tanto, inherentes a la ética— del ser humano. Sin embargo, he citado los puntos de vista de Spencer acerca del tema, no por sus repercusiones políticas, sino más bien por su significación histórica. Spencer fue un contemporáneo, de mayor edad, de las teorías de Freud. Su tesis acerca de la importancia de la relación biológica básica entre progenitores e hijos, en especial con respecto a la organización social, llegó a ser la piedra angular de la teoría psicoanalítica. Roheim [1943] creó incluso toda una teoría antropológica del hombre basada nada más que en esta idea de la fetación prolongada.

Aunque esta argumentación es plausible y tiene, sin duda, cierto valor, hay que obrar con suma cautela porque se corre el riesgo de utilizarla para «explicar» demasiado. Subrayar la dependencia biológicamente determinada del niño pequeño respecto sus padres para explicar la «neurosis» puede ser una inversión de la relación entre causa *y* efecto. Es probable que el niño permanezca tanto tiempo en situación de dependencia, no porque su larga infancia esté condicionada por factores biológicos, sino más bien porque *necesita ese lapso para aprender todos los símbolos, reglas, roles y juegos indispensables que debe dominar antes que se lo pueda considerar un «ser humano»* (y no simplemente un organismo maduro desde el punto de vista biológico).

Esta línea de pensamiento nos lleva a reconsiderar, con un enfoque sociopsicológico, el problema de las similitudes entre ser joven (o inmaduro) y estar incapacitado (por una enfermedad o alguna otra causa). Los niños son inútiles para las tareas prácticas, como procurarse alimento, superar peligros, etc. Las personas que sufren de una incapacidad física, y aquellas que, por cualquier razón, rehúsan participar en el juego (v. gr., se niegan a trabajar), son también inútiles para la sociedad y, en realidad, constituyen un pasivo para ella. Si es así, ¿por qué las sociedades humanas toleran tales discapacidades? Es evidente que no se preocupan solo por las tareas «prácticas», con respecto a las cuales los individuos incapacitados no son útiles. Puesto que los seres adultos incapacitados son similares a los niños —en el aspecto funcional—, establecen con las personas aptas el mismo tipo de relación que los niños mantienen con sus progenitores. Los individuos incapacitados necesitan ayuda y no sobrevivirán sin ella. Los sujetos aptos pueden ofrecer ayuda y están motivados para hacerlo. Además de las tendencias estructuradas, de carácter biológico, que los organismos parentales pueden tener para cuidar a sus hijos (y a otros necesitados), existen incentivos de naturaleza social que fomentan la ayuda. En los grupos sociales primitivos, por ejemplo, tan pronto como los niños adquieren la fuerza suficiente, se cuenta con ellos para que ayuden, provistos de las herramientas necesarias, en la lucha por la supervivencia y en el combate contra los enemigos. De este modo, cuidarlos cuando son desvalidos significa ganar aliados para el futuro.

El eslabón más débil de la tesis de Spencer reside en que no consideró el cambio fundamental del hombre, desde la condición de *organismo biológico* a la de *ser social*. Con respecto a la regla de ayudar a quienes lo necesitan, esta trasformación

equivale al cambio entre actuar de manera automática —o sea, de acuerdo con mecanismos de carácter biológico desencadenados quizá por condiciones ambientales [Ostow, 1958]— y llegar a ser autorreflexivo, es decir, conocer dichas reglas. Las reglas pueden «acatarse», prescindiendo del tipo de actitud que se adopte hacia ellas. En el primer caso, se las acata en forma obligatoria, porque tanto las personas como los animales no tienen posibilidad alguna de desobedecerlas. En cambio, el acatamiento autorreflexivo de reglas ofrece la oportunidad de elegir. Solo entonces podemos hablar realmente de acatar o de violar reglas. Además, el hecho de conocer las reglas determina la imitación (deliberada) de las ocurrencias, cuya finalidad es hacer que entren en juego las reglas deseadas. Tan pronto como los hombres se convirtieron en seres inteligentes, capaces de utilizar signos, y se percataron, en consecuencia, de los tipos de relaciones que predominan invariablemente entre progenitores e hijos, el terreno estuvo preparado para imitar las actitudes infantiles con el objeto de lograr determinados fines. El escenario para la génesis de la histeria también se montó en esta temprana etapa del desarrollo social humano. Las causas del desarrollo de la histeria —o las condiciones necesarias para el mismo— son: primero, la regla de origen biológico, pero puesta en práctica en el plano social, de que los padres (o individuos adecuadamente capacitados) cuiden de sus hijos (o de los individuos incapacitados); segundo, la evolución del hombre hacia la autorreflexión y la toma de conciencia posibilitó el desarrollo del lenguaje y la simbolización. Desde este punto de vista, parecería que la histeria es un acto creativo —y, en cierto sentido, progresivo— antes que una incapacidad o «regresión».

Reglas bíblicas que fomentan la incapacidad y la enfermedad

Las doctrinas religiosas judía y cristiana abundan en reglas que gratifican la enfermedad, el fingimiento, la pobreza, el temor, en suma, todos los tipos de incapacidades. Por otra parte, estas reglas, o sus corolarios, piden que se castiguen la competencia, la confianza en sí mismo, la eficacia y el sentimiento de orgullo por la salud y el bienestar personales. Esta afirmación es audaz, aunque de ningún modo nueva. Trataré de apoyarla con pruebas adecuadas, pero quiero subrayar que *no sostengo* que los mandatos que fomentan la incapacidad constituyan la totalidad o la esencia de la Biblia. Considerada en conjunto, la Biblia es una obra compleja y heterogénea, de la cual es posible inferir muchas reglas de conducta. En realidad, la historia de la moral y de las religiones occidentales muestra la posibilidad de sustentar una amplia variedad de cursos de acción éticos o sociales [Lecky, 1894; Brinton, 1950]. Es importante tener presente esto, pues no intentamos argumentar en favor de un valor y en contra de otro.

Personalmente, defiendo los valores de la ciencia y la racionalidad autoconsciente. Esto implica que, en materia de comportamiento humano, considero

que la responsabilidad, basada en la evaluación inteligente de las consecuencias de nuestros actos, es un valor positivo. Otros valores positivos son el respeto por la autonomía y la integridad de uno mismo y de los demás, y la autodeterminación. No intento justificar o defender aquí estos valores. Creo que en un trabajo de esta índole es necesario esclarecer nuestro punto de vista acerca de estos problemas, para que el lector pueda tener en cuenta o rectificar las tendencias del autor.

No enfocaré la conducta y las reglas religiosas desde una perspectiva teológica, sino sociopsicológica. Por consiguiente, el hecho de que mis interpretaciones de los preceptos religiosos sean o no «exactas desde el punto de vista teológico» carece de importancia para mis propósitos. Lo que sí interesa establecer es si he inferido de manera correcta o falsa las reglas que gobiernan y explican el comportamiento de las personas que se declaran religiosas, sobre la base de su conducta real.

Al abordar el examen de los pasajes bíblicos, adopto la posición de un intérprete que critica en forma lógica. Empero, no criticaré determinados preceptos bíblicos con ánimo de condenarlos —esto se hizo con bastante frecuencia a lo largo de los siglos [v. gr., Paine, 1794; Lewis, 1926], y casi no merece reiterarlo—, sino más bien para esclarecer los valores que se consideran dignos de ser defendidos. Como es natural, mi interpretación del posible significado de algunos pasajes de la Biblia para el hombre contemporáneo se opondrá a la que realice el sacerdote moderno, quien se esfuerza por lograr que los textos bíblicos se ajusten al consumo actual. Creo que el propósito de las llamadas interpretaciones liberales de los documentos religiosos (cristianos o judíos) es «vender» la religión al hombre moderno. No es extraño que los vendedores envuelvan su mercancía de modo que resulte más atrayente para el comprador; en este caso, se trata de que choque lo menos posible con los aspectos científico y democrático de la civilización occidental [Raven, 1959].

Por otra parte, la finalidad de las interpretaciones fundamentalistas también es promotora; su objetivo es atrasar el reloj de la civilización, para que se retorne a una concepción inflexiblemente deísta-mística (anticientífica) del mundo. En consecuencia, entre las personas que creen en las versiones fundamentalistas de las religiones judía y cristiana —v. gr., los Testigos de Jehová, los judíos ultraortodoxos, etc. [Fellows, 1960]— es posible observar con claridad el conflicto entre religión y ciencia, particularmente en la medida en que afecta su conducta personal y social.

Relación entre el hombre y Dios

El amor de Dios por los humildes, los dóciles, los necesitados y aquellos que le temen es un tema recurrente a lo largo del Viejo y el Nuevo Testamento. La idea de que el hombre no debe ser demasiado rico para no ofender a Dios tiene un profundo arraigo en la religión judía. También estaba presente en el panteísmo clásico griego. En realidad, este concepto, conforme al cual el hombre concibe a Dios según su propia

imagen —Dios es como el hombre, pero en una dimensión mayor—, parece formar parte de la mayoría de las religiones primitivas. En consecuencia, es una especie de superhombre, con sus propias necesidades de status y autoestima, y estos privilegios son los que los hombres mortales están obligados a venerar. La leyenda griega de Policrates, el rey de Samos que gozaba de excesiva felicidad, ilustra este tema [Schiller, 1798].

Esta actitud, que equivale nada menos que a temer la felicidad y la alegría, es fundamental para comprender la psicología de la persona que sustenta la ética judeocristiana. Es evidente el carácter defensivo y autoprotector de esta maniobra «masoquista». Para que esta técnica sea eficaz, es necesario suponer la presencia de otra persona (o personas) y el funcionamiento de ciertas reglas mediante las cuales dicha persona (nuestro oponente) rige su comportamiento en la vida. Podemos plantear ahora dos interrogantes. Primero: ¿Quién es el oponente del hombre en este juego de «yo-no-soy-feliz»? Segundo: ¿Cuáles son las reglas del juego que posibilitan esta defensa? En cuanto a la identidad del oponente se puede decir, sin entrar en detalles innecesarios, que son Dios y una serie de otras poderosas figuras frente a las cuales el jugador ocupa una posición subordinada, similar a la del esclavo. La diferencia de poder entre ambos jugadores es, por así decirlo, decisivo, ya que solo esto puede explicar el temor a la envidia [Schachtel, 1959, pág. 42], En una relación entre individuos fuertes y débiles, solo el miembro débil del par teme despertar la envidia de su compañero. El individuo fuerte no abriga esos temores, porque sabe que el débil es impotente para actuar en forma destructiva en su contra.

En general, se teme el abierto reconocimiento de un estado de satisfacción únicamente en situaciones de relativa opresión (v. gr., la esposa paciente frente al marido dominador). *El individuo se abstiene de vivenciar y expresar su satisfacción (alegría, contento) por temor a que el peso de su carga aumente*. Es el dilema que enfrentan las personas pertenecientes a familias pobres y numerosas, que disfrutan de un status económico más o menos desahogado, mientras que la posición de los demás familiares sigue siendo precaria. Si un individuo logra amasar una gran fortuna, estará en condiciones de satisfacer las necesidades de los otros familiares pobres que aceptan esa situación de dependencia económica. Pero si sólo tiene una posición de relativa holgura, se verá ante la amenaza de que, por mucho que trabaje, las exigencias de los parientes pobres no le permitirán progresar. Las necesidades de estos siempre serán mayores que sus haberes disponibles. (Los impuestos que aumentan en forma progresiva pueden crear en la gente sentimientos similares). Si nuestro hipotético individuo no quiere enemistarse con los parientes necesitados, se sentirá impulsado a mentir con respecto a su situación financiera. Este «fingimiento», es decir, la tergiversación del estado de sus asuntos económicos, lo protegerá de la experiencia —y quizá, de la realidad— de ser despojado de sus bienes. Este ejemplo demuestra la estrecha correspondencia entre disfrazar la salud de enfermedad, y disfrazar la riqueza de pobreza. Si bien ambas maniobras parecen penosas y

autoperjudiciales en apariencia, un examen más detenido de la situación humana total en que se producen revela que se trata de tácticas defensivas. Su propósito es sacrificar una parte para salvar el todo. Por ejemplo, se puede salvaguardar la supervivencia física simulando tener mala salud (v. gr., en tiempo de guerra). También es posible defender el patrimonio simulando estar en mala situación económica, con lo cual se conjuran las exigencias excesivas que afectan los recursos del individuo.

El temor a mostrarse satisfecho es un rasgo característico de la psicología del esclavo. El esclavo «adecuadamente explotado» está obligado a trabajar hasta que dé señales de fatiga o agotamiento. La terminación de su tarea no significa que su trabajo ha concluido y que puede descansar. Al mismo tiempo, aun cuando no haya terminado su labor, podrá influir en su amo para que deje de acicatearlo —y le permita tomar un respiro— si muestra signos de inminente colapso. Estos pueden ser auténticos o maquinados. La manifestación de signos de cansancio o agotamiento —prescindiendo de que sean auténticos o no (v. gr., «estar en huelga» contra el patrón) — quizá produzca un sentimiento de fatiga o agotamiento en el actor. Creo que este es el mecanismo responsable de la gran mayoría de los llamados estados de fatiga crónicos. Antes, se consideraba que la mayor parte de estos eran casos de «neurastenia», término pocas veces usado en la actualidad. En la práctica clínica aún se encuentran a menudo casos de fatiga crónica, o sensación de agotamiento y falta de vitalidad. Desde el punto de vista psicoanalítico, se los considera «síntomas caracterológicos». Muchos pacientes de esta índole están inconscientemente «en huelga» contra personas (reales o ideales) con quienes se hallan en situación de dependencia, y contra las cuales sostienen una incesante e infructuosa rebelión encubierta. En contraste con el esclavo, el hombre libre fija sus propios límites y trabaja —por lo menos, a veces— hasta que concluye en forma satisfactoria su tarea. Entonces puede detenerse, antes de que lo venza la fatiga, y disfrutar de los resultados de su trabajo.

En cuanto al segundo interrogante, relativo a las reglas específicas que convierten a la incapacidad o la enfermedad en ventajas potenciales, podemos afirmar que, en determinadas situaciones, las reglas del juego ordenan que cuando el hombre (sujeto, hijo, paciente, etc.) es sano, rico, orgulloso y tiene confianza en sí mismo, Dios (el rey, el padre, el médico, etc.) será rígido, exigente y hasta punitivo. Pero si es pobre, enfermo y humilde, si busca ayuda y protección, Dios lo tratará entonces con especial consideración. Será perdonado, ayudado, amado, y se le permitirá ser pasivo e incompetente. Se podría pensar que he exagerado esta regla. No creo haberlo hecho. Por el contrario, esta impresión quizá refleja nuestro espontáneo antagonismo contra ese tipo de reglas cuando se las enuncia en términos coactivos.

Podríamos citar muchos pasajes bíblicos para apoyar esta tesis. En los Salmos [147: 10-11] se afirma:

«No toma contentamiento en la fortaleza del caballo, ni se complace en las piernas del hombre. Complácese Jehová en los que le temen, y en los que esperan en su misericordia».

Y en Lucas [18: 22-25] leemos:

«Y Jesús, oído esto, le dijo: "Aún te falta una cosa: vende todo lo que tienes, y da a los pobres, y tendrás tesoro en el cielo; y ven, sígueme". Entonces él, oídas estas cosas, se puso muy triste, porque era muy rico. Y viendo Jesús que se había entristecido mucho, dijo: "¡Cuán dificultosamente entrarán en el reino de Dios los que tienen riquezas! Porque más fácil cosa es entrar un *camello por el ojo* de *una aguja, que* un rico entrar en el reino de Dios"».

El *Sermón de la Montaña* [Mateo 5 a 7] tal vez sea el ejemplo más conocido de reglas que fomentan la dependencia y la incapacidad. Aquí Cristo bendice a los pobres de espíritu, a los mansos, a los que lloran, y así sucesivamente. Este pasaje enuncia con suma claridad las reglas básicas mediante las cuales se puede decir que el Dios Cristiano juega Su juego con el Hombre. ¿Qué promete Dios? ¿Y qué tipo de conducta exige del hombre? Para formular mis respuestas he modificado y parafraseado las Bienaventuranzas. Primero, la expresión bíblica «bienaventurados son» se tradujo por «deben ser». Segundo, cada mandato positivo fue complementado por su corolario, expresado en forma de prohibición. Las Bienaventuranzas rezan, en parte, como sigue:

Texto bíblico [Mateo 5:3,5,8]	*Su corolario lógico* [Interpretación del autor]
Bienaventurados *son* los pobres de espíritu: porque de ellos es el reino de los cielos.	El hombre debe ser «pobre de espíritu», es decir, tonto y sumiso: ¡No seáis inteligentes, instruidos o agresivos!
Bienaventurados *son* los mansos: porque ellos recibirán la tierra por heredad.	El hombre debe ser «manso», es decir, pasivo, débil y sumiso: ¡No seáis agresivos!
Bienaventurados *son* los de limpio corazón: porque ellos verán a Dios.	El hombre debe ser «limpio de corazón», es decir, ingenuo, incuestionablemente fiel: ¡No abriguéis dudas [acerca de Dios] y no critiquéis

Expresadas en esta forma, es evidente que dichas reglas constituyen una simple inversión de las que gobiernan las recompensas y los castigos humanos en la Tierra. En este proceso de inversión de las reglas, las deficiencias de dotes, habilidades y conocimientos —o, en general, la incompetencia— se codificaron como valores positivos. En otro pasaje bíblico [Mateo 6:34], se ordena explícitamente al hombre: «No os acongojéis por el día de mañana». En otras palabras, el ser humano no debe hacer planes para el futuro, ni tratar de mantenerse a sí mismo y a quienes dependen de él. Por el contrario, debe cultivar la fe y la confianza en Dios. Esta es, desde luego, una buena regla racional para los niños, puesto que en realidad no pueden —y si

tienen padre o madre, no necesitan— cuidar de sí mismos.

Empero, ¿qué consecuencias tienen estas reglas cuando las defienden hombres y mujeres adultos? Estas reglas propugnan la irresponsabilidad y la dependencia infantil. Es difícil exagerar el antagonismo entre dichas reglas y las exigencias de la vida de acuerdo con las reglas de la racionalidad, la ciencia y la concepción democrática o humanitaria de la responsabilidad del adulto. Solo podemos hacer conjeturas, sin embargo, sobre la medida en que este conflicto entre las reglas religiosas y las demandas de responsabilidad adulta continúa fomentando el desarrollo de la incompetencia interpersonal y reduciendo la confianza de los hombres y mujeres adultos en sí mismos.

Algunas reglas bíblicas *no* solo *fomentan* la *dependencia; también* sientan las bases para utilizar la falta de previsión y la incompetencia como armas para coaccionar a otras personas y así lograr que ellas satisfagan nuestras necesidades. Cabe recordar, con respecto a esto, que la inutilidad «práctica» del clero fue racionalizada y posibilitada por la idea de que los feligreses tienen el deber de mantener a los miembros de la Iglesia. Solo en la antigua tradición judaica esto no era válido. El rabino debía tener un oficio, de modo que no estuviera obligado a aceptar dinero para enseñar la ley de Dios. Este principio ya no se aplica en nuestros días. La característica significativa que comparten los sacerdotes de todos los cultos —incluidas las religiones orientales [Narayan, 1959]— parece ser la relación contractual entre el clérigo y el feligrés. Conforme a un acuerdo tradicional, los fieles deben cuidar de las necesidades terrenales de los sacerdotes; a cambio de esto, el clero cuidará de las necesidades espirituales (o extraterrenas) de los trabajadores, los cuales se dedican a realizar una tarea útil aquí y ahora.

Puesto que el comportamiento de los llamados enfermos mentales —y, en especial, la histeria de conversión— está íntimamente vinculado con la incapacidad o la renuencia a participar en el juego de la vida, resultará instructivo llamar la atención sobre ciertos preceptos bíblicos que ordenan al hombre ser pasivo e incompetente. En el *Sermón de la Montaña* [Mateo 5 a 7], Cristo establece una comparación entre el hombre, por una parte, y las aves y las hierbas por la otra. Ordena al hombre emular la pasividad de las formas biológicas de niveles inferiores. Puesto que los animales y plantas no planean para el futuro, ¿por qué debe hacerlo el hombre? La autoayuda y la maestría no se estimulan y, en cambio, se las condena en forma explícita. En realidad, se interpreta que el hombre que desea ayudarse a sí mismo tiene «poca fe». Claro está que semejante despreocupación con respecto al futuro sólo puede practicarse en pequeña escala. Si esta falta de preocupación fuera total, sobrevendría, sin duda, la desaparición de quienes incurren en ella, como lo predijo Herbert Spencer. Sin embargo, es cierto que ese código fomenta cierta dosis —a veces muy grande— de irresponsabilidad social. La falta de previsión para el futuro favorece incapacidades vitales que, a menudo, solo se manifiestan en la sociedad después de mucho tiempo.

Los mandatos bíblicos acerca del desvalimiento implican, de modo tácito, que los incapacitados pueden considerar su condición de debilidad, *prima facie*, como una prueba de mérito, el cual debe recibir adecuada recompensa por medio del tratamiento teológico, médico o psiquiátrico. En la relación histérica, el sujeto utiliza su incapacidad como maniobra coactiva, para obligar a otros a satisfacer sus necesidades. Es como si el paciente expresara: «Ustedes me dijeron que debo estar incapacitado, es decir, que tengo que actuar como una persona tonta, débil, temerosa, etc. Prometieron cuidarme, rodearme de afecto y protegerme. Aquí estoy, actuando precisamente como me lo indicaron. ¡Ahora les toca a ustedes cumplir su promesa!». Gran parte de la psicoterapia psicoanalítica gira en torno del problema de descubrir exactamente quién enseñó al paciente a comportarse de ese modo, y por qué él aceptó dichas enseñanzas. A lo largo de este trabajo puede resultar significativo que la religión, la sociedad y los padres hayan conspirado, por así decirlo, para defender y facilitar este código de conducta, aun cuando se ajuste de manera tan deficiente a los requisitos de nuestras actuales condiciones sociales[6].

Contexto histórico del Nuevo Testamento

La función de los códigos de conducta solo puede analizarse con referencia a instituciones y condiciones sociales específicas; por consiguiente, es preciso relacionar la función social de los mandatos bíblicos con determinados períodos históricos.

En los albores del cristianismo, el Imperio Romano se caracterizaba, entre otras cosas, por las enormes desigualdades existentes entre los habitantes. Por otra parte, estas desigualdades, relativas al poder, los privilegios y los bienes económicos, estaban codificadas por las leyes de la época como base de un orden social justo. La institución de la esclavitud era una característica común a todas las culturas contemporáneas. La sociedad griega, tanto como la romana, dependían de la clase de los esclavos. Los propios judíos, que dieron origen al cristianismo, habían sido esclavos. Según mi tesis —que, en líneas generales, *no* es en realidad nueva—, los mandatos bíblicos (y sobre todo los del cristianismo) reflejan la psicología de la opresión y la esclavitud.

Karl Marx fue uno de los primeros en advertir el vínculo existente entre religión y opresión. En su *Introducción a la crítica de la filosofía del derecho de Hegel* [1844] formuló su ahora célebre observación:

«La religión es el lamento de la criatura oprimida, el estado de ánimo de un mundo despiadado, así como el espíritu de las condiciones carentes de espíritu. La religión es el opio del pueblo.

»Para el pueblo la abolición de la religión —como de su dicha ilusoria— es la

exigencia de su felicidad real. Exigir que se abandonen las ilusiones acerca de su condición es *exigir que se abandone un estado de cosas que necesita de ilusiones*» [pág. 12].

El papel desempeñado por las religiones cristianas organizadas en la política europea de su tiempo constituye la base fundamental de las opiniones de Marx. Pero no consideró los diversos contextos históricos de las doctrinas religiosas. Más tarde, Engels [1877] expresó una opinión similar acerca de las relaciones entre religión y opresión social, subrayando en forma especial que el concepto cristiano de «ser uno en Cristo» puede servir como sustituto para reparar las desigualdades sociales. En fecha posterior, Bridgman [1959] destacó que la «ética cristiana es, principalmente, la ética de quienes participan en la miseria. Una sociedad semejante a la democracia moderna habría sido inconcebible para San Pablo» [pág. 263].

Estoy de acuerdo en que las creencias y prácticas cristianas —y, en especial, las del catolicismo— se ajustan mejor a los esclavos. Son también útiles para quienes quieren ser amos, aunque en menor medida que para los oprimidos. La historia religiosa de los últimos 2.000 años concuerda con este punto de vista general [Brinton, 1959]. En los países profundamente católicos —p. ej., Italia, Portugal, España, amén de la Hungría y la Polonia anteriores a la Segunda Guerra Mundial—, las clases inferiores (los oprimidos) tomaban los mandatos religiosos mucho más seriamente que las clases gobernantes (los opresores).

Es importante comparar la ética y la psicología de la opresión con la ética y la psicología de la democracia y la igualdad [Abernethy, 1959]. Lincoln [1858] afirmó: «Así como yo no sería esclavo, tampoco sería amo. Esto expresa mi concepto de democracia. Todo lo que difiera de esto, en mayor o menor grado, no es democracia». Si, con Abraham Lincoln, definimos al hombre como un ser libre, democrático y autónomo —es decir, considerándolo un individuo que rechaza tanto el rol de amo como el de esclavo—, tendremos la imagen de una persona cuyo sistema de vida concuerda poco o nada con los mandatos bíblicos.

Si entecamos el conjunto total de las reglas bíblicas, separadas de cualquier contexto histórico determinado, podremos generalizar diciendo: *Si bien algunas reglas se proponen aliviar la opresión, la tesis general fomenta el mismo espíritu opresor del cual surgieron esos mandatos y con el que sus creadores, inevitablemente, habrán estado imbuidos*. Puesto que opresor y oprimido forman una pareja funcional, su psicología —sus respectivas orientaciones hacia las relaciones humanas— tienden a ser similares [A. Freud, 1936]. Asimismo, la tendencia básica del ser humano a identificarse con las personas que interactúan con él subraya esa característica. Por lo tanto, cada esclavo es un amo potencial, y cada amo, un esclavo en potencia. Debemos recalcar este hecho, porque es inexacto y engañoso contrastar la psicología del oprimido con la del opresor. En cambio, es necesario oponer la orientación propia de cada uno de ellos con la psicología de la persona que se siente

igual a su prójimo.

Sobre la base de las desigualdades sociales que caracterizaron el medio social en que surgió y floreció el cristianismo, cabría preguntar qué medios utilizaba la gente oprimida de esa época para mejorar su suerte. En la actualidad, la educación y la adquisición de habilidades son los medios principales que permiten elevar el nivel social de la población, pero hace 2.000 años no se disponía de estos recursos. En realidad, tampoco están disponibles en aquellas sociedades donde muchas desigualdades sociales significativas se codifican sobre la base del nacimiento u otros criterios institucionales.

Como los pueblos oprimidos del Imperio Romano no podían esperar que su triste destino se aliviara mediante el automejoramiento, debían buscar otros métodos para alcanzar este fin. El camino más simple era modificar las reglas del juego de la vida y elaborar otras nuevas, más favorables para los antiguos oprimidos. En otras palabras, los pueblos trataron de cambiar las reglas e intentaron reclutar gente que defendiese las que surgían. Esto puede hacerse por medio de la coacción o la enseñanza, es decir, convenciendo al «prosélito» de que las nuevas reglas lo beneficiarán más que las antiguas.

Los métodos tradicionales para poner en vigor nuevas reglas son la guerra y la dominación violenta. Pero estos métodos solo son útiles para quienes ejercen la fuerza. Los débiles deben confiar en técnicas de persuasión más sutiles. La historia de muchos grupos donde hubo enfrentamientos entre los primeros y los segundos —el cristianismo y el psicoanálisis, por ejemplo— ilustran este principio [Burckhardt, 1868-1871], Cuando surgió el cristianismo, sus partidarios eran débiles, pues poseían poco o ningún poder político y social. Por lo tanto, dependían de medios no coactivos para difundir sus puntos de vista. Más tarde, cuando sus adeptos conquistaron considerable poder social, político y militar, no vacilaron en utilizar medidas de fuerza (las Cruzadas y la Inquisición constituyen ejemplos de ello).

A mi juicio, el cambio de reglas fue una de las características más significativas del cristianismo primitivo. Al establecer Nuevas Reglas en reemplazo de las antiguas —o sea, al ofrecer un Nuevo Trato (*New Deal*), según la expresión utilizada por Franklin D. Roosevelt—, Jesucristo siguió los pasos de Moisés —o, acaso, de los judíos en general—. La esencia de las Nuevas Reglas residió en invertir las antiguas, de modo que «muchos primeros serán postreros, y los postreros, primeros» [Mateo, 19:30, 20:16; Marcos, 10:31; Lucas, 13:30].

Las Antiguas Reglas: los judíos como Pueblo Elegido

Parece que el prototipo histórico de la inversión de reglas propugnada por Jesucristo es el que elaboró Moisés (o los judíos). Descontentos con la verdadera situación en que vivían, los judíos se aferraron a la inspirada idea de que, aun cuando enfrentaban

grandes dificultades en sus relaciones sociales, eran, en realidad, el Pueblo Elegido por Dios. El hecho de ser una persona preferida o elegida implica la posibilidad de esperar algo muy ventajoso, aunque la ventaja solo resida en merecer el amor de un Dios invisible. Es innegable que, desde el punto de vista psicosocial, se trata de una maniobra muy útil. Ayuda a restablecer en el creyente el sentimiento de autoestima, peligrosamente debilitado. Y de este modo logrará elevarse en forma gradual por encima de la desesperada posición de esclavo oprimido y alcanzar una dimensión humana más digna y decorosa.

Por muy útil que haya sido esta maniobra —sería difícil sobrestimar su utilidad —, su capacidad de acceso general se vio seriamente obstaculizada por un hecho simple. El judaísmo no era una religión proselitista, especialmente en los primeros tiempos del cristianismo. En cierto sentido, los judíos imitaban al grupo de quienes poseían esclavos, por cuando formaron lo que fue, en esencia, un nuevo club exclusivo. No era fácil ser admitido en este club. Puesto que los esclavos superaban en número a los judíos, esta técnica de lograr la emancipación se restringió a un pequeño grupo de hombres y no se difundió demasiado.

Partiendo de esta base histórica, es decir, de la lección ofrecida por los judíos al intentar liberarse de la esclavitud, Jesucristo introdujo el espíritu científico y democrático en el problema de la emancipación de los esclavos. Las modernas organizaciones sociales democráticas se caracterizan por el status social basado en criterios instrumentales (v. gr., los logros personales) antes que en el rol institucional (el abolengo). El cristianismo primitivo representa un precursor significativo de esta tendencia contemporánea, ya que fue Jesucristo quien abrió el juego, por así decirlo, a todos los aspirantes, y declaró que las Nuevas Reglas debían aplicarse a quienes quisieran apoyarlas. Todo el mundo podía llegar a ser cristiano, independientemente de su nacionalidad, raza o status social, y compartir de ese modo las recompensas prometidas a los que acataban las Nuevas Reglas. Esta democratización trascendental del judaísmo, junto con las atrayentes gratificaciones ofrecidas, debe dar cuenta —así hay que suponerlo, por lo menos— del enorme éxito social del cristianismo.

Las Nuevas Reglas: su origen y función

Al hablar de Nuevas Reglas me refiero a algunas reglas sociales expuestas en el Nuevo Testamento. Empero no debemos contraponer el Nuevo al Viejo Testamento, porque las Nuevas Reglas no trastrocaron las del judaísmo, sino más bien las correspondientes al orden social predominante en esa época.

¿Cuáles eran las reglas sociales prevalecientes en tiempos de Cristo? En general, era provechoso ser un ciudadano libre de Roma y un creyente del politeísmo romano. Sobre esta base, era más ventajoso ser sano que enfermo, rico que pobre, admirado y querido que perseguido y odiado, etc. Las Nuevas Reglas, enunciadas por Cristo y

San Pablo, invirtieron radicalmente estos principios básicos. En lo sucesivo se afirmaría: los «últimos» serán los «primeros», y los «vencidos», los «vencedores». Las reglas del Nuevo Juego invierten las del Viejo Juego. Los fieles cristianos serán ahora los vencedores, y los paganos romanos, los vencidos. De igual modo, los individuos sanos, ricos y admirados serán castigados, en tanto los enfermos, los pobres y perseguidos recibirán recompensas.

Las Nuevas Reglas poseían algunas características que contribuyeron a garantizarles un éxito seguro. En los primeros tiempos del cristianismo había más esclavos, enfermos, pobres y desdichados que ciudadanos libres, ricos y felices. Esto sigue siendo válido aún hoy. Por consiguiente, mientras las reglas del juego terrenal, tal como era practicado por la sociedad romana, ofrecía la promesa de oportunidades solo para unos pocos individuos, las Nuevas. Reglas del cristianismo prometían generosas recompensas para muchos. En este sentido, el cristianismo representó también un paso hacia la democracia. Canalizaba su llamado hacia las necesidades de la mayoría numérica. Es significativo observar, con respecto a esto, que en la Roma clásica y en culturas similares de épocas pasadas[7], el estado de cosas vigente establecía que el grupo más numeroso de los oprimidos atendiera a las necesidades del grupo opresor, mucho más pequeño. El primer grupo incluía, no solo a los esclavos, sino también a los menesterosos, enfermos, retardados, etc., en suma, a todos los incapacitados, en comparación con los que actuaban en forma más adecuada. Este estado de cosas, gracias al cual los «incapaces» cuidaban de los «capaces», sufrió profundos cambios en el curso de la historia.

Las Nuevas Reglas dos mil años después

Hoy sabemos que un método científico, o un rol social específico, útil y adecuado para una época y un propósito determinados, puede resultar inútil e inapropiado en otra oportunidad y para otro objetivo. Con respecto a los mandatos bíblicos, sostengo que, si bien tuvieron alguna vez una influencia bastante liberadora, este efecto se ha vuelto desde hace mucho opresivo e inhibidor desde el punto de vista psicosocial. Por desgracia, esta trasformación caracteriza el curso de la mayoría de los procesos revolucionarios, a cuya primera fase liberadora le sigue de inmediato una nueva fase de opresión [Nietzche, 1888; Russell, 1954].

El principio general de que una regla liberadora puede convertirse, a su debido tiempo, en un método de opresión, tiene amplia validez para todos los tipos de maniobras destinadas a modificar las reglas. Esto explica por qué es tan difícil hoy abogar con sinceridad por nuevos sistemas sociales que ofrecen, simplemente, otro conjunto de nuevas reglas. Aunque se necesitan constantemente nuevas reglas, si la vida social debe proseguir como un proceso dinámico tendiente a la autodeterminación y complejidad crecientes del ser humano, es indispensable mucho

más que un mero cambio de reglas. Además de reemplazar las viejas reglas por las nuevas, es necesario conocer los fundamentos racionales de aquellas y mantenerse alerta ante sus persistentes efectos. Uno de estos es la elaboración de nuevas reglas que son, por lo menos en parte, formas de reacción encubiertas contra las antiguas reglas. El cristianismo, la Revolución Francesa, el marxismo y hasta el psicoanálisis —en tanto se lo considere una revolución médica contra la llamada tradición organicista— sucumbieron al destino ineludible de todas las revoluciones: el establecimiento de nuevas tiranías.

Los efectos de las enseñanzas religiosas en el hombre occidental contemporáneo constituyen aún un tema delicado. Los psiquiatras, psicólogos y científicos sociales tratan de eludirlo. Me he propuesto reabrir el tema examinando de nuevo algunos valores y reglas de las religiones judeo-cristianas. Si deseamos sinceramente elaborar una teoría psicosocial del hombre que tenga validez científica, tendremos que prestar muchísima atención a los valores y reglas tanto religiosos como nacionalistas y profesionales.

Es preciso tener en cuenta, por último, que cuando nos referimos a los efectos de los mandatos religiosos en el hombre contemporáneo, hablamos de un cuadro compuesto, ya que en Estados Unidos el término «religión» denota en la actualidad una amplia gama de actividades y creencias que varían desde la vaga religiosidad no sectaria, que solo es una especie de anticomunismo patriótico, hasta las creencias fanáticas en las versiones fundamentalistas del cristianismo y el judaísmo [Blanshard, 1960]. Es evidente que distintos tipos y grados de fe religiosa ejercerán diferentes efectos.

No es fácil determinar en qué medida las instituciones democráticas y las prácticas científicas son compatibles con hábitos y creencias religiosas particulares. Poca duda cabe de que la religiosidad de tipo fundamentalista —ser católica, protestante o judía— está en pugna con los valores de la actividad científica. El conflicto entre religión y ciencia disminuye en proporción directa a medida que la primera se administra e interpreta en forma «liberal». La actividad científica es el paradigma de la «sociedad abierta» [Popper, 1945]. Los mandatos religiosos que postulan la existencia de fuerzas sobrenaturales imponen cierto grado de cierre a este sistema. ¿En qué medida la ciencia puede tolerarlo y seguir su avance? Es evidente que las ciencias psicosociales son menos viables que sus hermanas del campo de la física. Aquellas ni siquiera podrán «nacer», a menos que las condiciones para su supervivencia sean favorables, y no sobrevivirán si su libertad se ve seriamente cercenada.

12. Teología, hechicería e histeria

«Al prestar tanta atención al demonio, y al considerar la hechicería como el más horrible de los crímenes, los teólogos e inquisidores no hicieron más que difundir las creencias y dentar las prácticas que trataban de reprimir con tanta fuerza». Aldous Huxley [1952, pág. 127].

Los educadores, sobre todo aquellos que debían inculcar las doctrinas religiosas, siempre se preocuparon por influir en la mente de sus alumnos desde la primera infancia. La tesis de que el adoctrinamiento religioso durante esta etapa de la vida tendrá un efecto duradero en la personalidad del niño fue postulada muchos siglos antes del psicoanálisis. Freud reafirmó esta opinión ampliamente aceptada, al sostener que la investigación psicoanalítica le permitió descubrir que el carácter de una persona está firmemente fijado en los primeros cinco o seis años de vida. Aunque personalmente no comparto esta evaluación acerca de la importancia de la temprana infancia, es cierto, sin duda, que las reglas mediante las cuales se «alimenta» al ser humano en los primeros años de vida afectan profundamente su conducta ulterior. A mi juicio, gran parte de la instrucción recibida por un individuo entre los seis años y los comienzos de la edad adulta constituye un pábulo educacional que contiene gran parte de las mismas reglas insensatas con que se lo alimentó antes. En tal caso, no sería acertado extraer conclusiones de largo alcance acerca de los efectos de las tempranas experiencias de aprendizaje, pues estas suelen reforzarse, más que modificarse o corregirse, por la acción de influencias ulteriores. Aludo aquí, específicamente, a los valores y reglas inherentes a los *mitos religiosos, nacionales y profesionales, la mayoría de los cuales fomentan la perpetuación de modelos de juegos infantiles y pautas de conducta mutuamente destructivas*.

Los «mitos religiosos, nacionales y profesionales» son, simplemente, juegos cuyo principal propósito es glorificar el grupo al que pertenece el individuo (o al que aspira pertenecer). Estos juegos exclusivistas, parecidos a los clanes, deben contrastarse con los juegos en los que pueden participar quienes son capaces de adherir a las reglas. Las reglas del juego basadas en semejante moralidad suprarreligiosa y supranacional chocarían con muchos de nuestros actuales hábitos de vida. No obstante, creo firmemente que la tendencia social hacía la igualdad humana universal (de los derechos y obligaciones, es decir, para participar en todos los juegos de acuerdo con la capacidad de cada uno) no tiene por qué constituir una amenaza para el ser humano. Por el contrario, representa uno de los pocos valores que merecen la admiración y el apoyo del hombre contemporáneo.

Al prestar nuestra conformidad a los mitos exclusivistas, tendemos a olvidar sus efectos indeseables. De este modo, subestimamos las causas que operan para producir la discordia humana actual, mientras que, al mismo tiempo, exageramos la

significación patógena de los acontecimientos pasados. No quiero disminuir la importancia psicológica de los hechos pasados, pero creo que es necesario subrayar la significación que tienen los principales puntos de vista del mundo contemporáneo en tanto determinantes de la conducta humana. En este sentido, es significativo que, aunque el pasado de todo el mundo parece estar repleto de acontecimientos «patógenos», pocos individuos admiten seriamente la posibilidad de que su conducta pueda seguir ofreciendo, en el presente y el futuro inmediato, experiencias tan perjudiciales para sí mismos y para los demás. La actitud de empujar las experiencias «patógenas» desde el presente hacia el pasado es, quizás, uno de los mecanismos que permiten al «hombre psicológico» contemporáneo [Rieff, 1959] comportarse a menudo tan mal en su vida diaria.

En este capítulo trataré de demostrar que el concepto de enfermedad mental se usa hoy, en primer lugar, para oscurecer y «descartar con explicaciones» los problemas relacionales de índole personal y social; del mismo modo, el concepto de hechicería se utilizó con igual propósito desde comienzos de la Edad Media hasta bien pasado el Renacimiento. En la actualidad, buscamos y logramos negar las controversias sociales, morales y personales refugiándonos apresuradamente en el juego médico. Este juego constituye uno de los principales modelos contemporáneos que nos permite comprender el mundo que nos rodea. Durante más de mil años, desde los albores del cristianismo hasta después de la Edad Media, el hombre europeo trató de forjarse otro modelo del mundo —el teológico—, que se refiere a lo que también podríamos denominar el juego religioso de la vida y las reglas que lo gobiernan. El examen de los mandatos religiosos y sus efectos en el hombre medieval será interesante por varias razones. Primero, porque ilustra los principios de la conducta reglada o de acatamiento de reglas; segundo, porque revela a la hechicería bajo una nueva forma, como antecedente histórico de los modernos conceptos de fingimiento e histeria; y tercero, porque las reglas religiosas estudiadas no solo tienen interés histórico, sino que constituyen fuerzas sociales activas en la época actual. En consecuencia, siguen siendo de primordial importancia para los problemas contemporáneos de «salud y enfermedad mentales».

Teoría médica de la hechicería

Se ha afirmado con frecuencia que, en la época medieval, las mujeres acusadas de hechicería padecían «realmente» de lo que ahora *sabemos* que es histeria. Muchos investigadores médicos y psiquiatras contemporáneos —Zilboorg [1935, 1941] es, quizás, el más conocido y elocuente— defienden este enfoque médico-psiquiátrico de la hechicería.

El hechicero como enfermo mental

Según la tesis de Zilboorg, los hechiceros eran enfermos mentales diagnosticados en forma errónea; este autor se basó, en gran medida, en la interpretación del *Malleus Malleficarum*, de Krämer y Sprenger [1486], Creo, sin embargo, que Zilboorg estaba decidido a probar que los hechiceros y brujas eran enfermos mentales, y que hizo caso omiso de todos los datos que sugerían otras interpretaciones. Desconoció el hecho de que el *Malleus Malleficarum* se parece mucho más a un documento legal que a una obra de medicina. La investigación y comprobación del acto de hechicería precedían a la *sentencia*. Por lo tanto, la caza de brujas se podría comparar mejor con la caza de brujas anticomunista de la época contemporánea que con el rastreo para descubrir, por ejemplo, casos de diabetes. Si bien Zilboorg [1935] hizo notar que gran parte del *Malleus* se ocupaba del interrogatorio de las brujas y de las condenas legales que debían sufrir, no extrajo la inferencia lógica de que estas eran delincuentes o, para expresarlo en términos más neutrales, trasgresoras del orden social (teológico) predominante. Por el contrario, sugirió que «el *Malleus Malleficarum* podría servir hoy, tras un pequeño trabajo de corrección, como un excelente libro de texto de la psiquiatría clínica descriptiva del siglo XV, si reemplazamos la palabra *bruja* por la palabra *paciente* y eliminamos al demonio» [pág. 58].

Esta interpretación quizá haya sido demasiado terminante incluso para el propio Zilboorg, ya que más tarde sugirió otra que contradice en parte su generalización anterior: «No todos los acusados de hechiceros y brujas eran enfermos mentales, pero a casi todos los enfermos mentales se los consideraba hechiceros, brujas o embrujados» [pág. 153]. Como ocurre a menudo con los documentos históricos, los mismos hechos admiten varias interpretaciones divergentes. En tales casos, no debe exagerarse el valor de la coherencia lógica y la plausibilidad psicológica. La prueba que no puede encajar en semejante teoría es mucho más significativa que la que lo admite [Popper, 1957]. Aunque Zilboorg [1941] remarcó que el hombre medieval participaba en un juego muy distinto del que ahora jugamos, procedió a colocar las observaciones de Krämer y Sprenger en un molde médico y psiquiátrico. Así, escribió:

«Este pasaje del *Malleus* es, quizás, el documento más significativo del siglo XV. Aquí, en un párrafo conciso y sucinto, *dos monjes echan a un lado todo el caudal de conocimientos psiquiátricos reunido y conservado tan cuidadosamente durante casi 2.000 años de investigaciones médicas y filosóficas*; lo descartan casi de paso, y con una simplicidad tan sorprendente, que no hay lugar para controversias. ¿Cómo es posible plantear objeciones a la afirmación "pero esto es contrario a la verdadera fe"? La fusión de demencia, hechicería y herejía en un solo concepto, y la exclusión hasta de la sospecha de que *el problema es de índole médica*, son ahora completas» [pág. 155]. [Las bastardillas son mías].

Más adelante, agregó:

«La creencia en el libre albedrío del hombre se lleva aquí hasta su más aterradora, aunque absurda, consecuencia. Sea cual fuere lo que *haga* el hombre, *incluso si sucumbe a una enfermedad* que desnaturaliza sus percepciones, su imaginación y sus funciones intelectuales, lo hace por su propio albedrío; se inclina voluntariamente ante los deseos de Satanás. El diablo no atrae y atrapa al hombre; es este quien opta por sucumbir ante el demonio, y debe hacérselo responsable por esta libre elección. Hay que castigarlo y excluirlo de la comunidad» [pág. 156]. [Las bastardillas son mías].

Siguiendo a Zilboorg, muchos psiquiatras sospecharon —en realidad, dieron por sentado— que la mayoría de las brujas eran, simplemente, seres infortunados «atacados por una enfermedad mental». Esta interpretación merece ser cuestionada. La idea de que las llamadas brujas o hechiceras son enfermas mentales cumple dos propósitos específicos. Primero, desacredita la teoría de la hechicería y toda la concepción teológica del mundo que ella oculta. Esto es loable desde el punto de vista científico. Sin embargo, para desacreditar la teoría de la hechicería no se requiere ninguna teoría alternativa de la enfermedad mental. En segundo lugar, parece que esta interpretación desea entronizar el concepto de enfermedad mental como teoría explicativa de amplios alcances y poder indiscutible.

Crítica de la teoría médica de la hechicería

¿Qué pensaba Zilboorg cuando afirmó que los autores del *Malleus* habían borrado de un plumazo 2.000 años de conocimientos médicos y psiquiátricos? ¿Qué conocimientos médicos y psiquiátricos —dignos de este nombre— existían en esa época, que fueran pertinentes para los problemas que estudiaban los *teólogos*? Los conceptos de la medicina galénica habrían sido, sin duda, inaplicables. Creo que el hombre medieval, sea que fuese médico, teólogo o lego, no poseía conocimientos médicos —y mucho menos «psiquiátricos»— que se relacionaran con el problema de la hechicería. En realidad, no se necesitaban esos conocimientos, ya que abundaban las pruebas —para quienes quisieran valerse de ellas— de que las acusaciones de hechicería se inventaban, por lo general, con el propósito de eliminar a determinadas personas, y que las confesiones era arrancadas por la fuerza mediante crueles torturas [Parrinder, 1958], Por último, si la creencia en la hechicería era un «error médico» —que codificaba el equivocado diagnóstico de «histeria» como «brujería»—, ¿por qué este error no se cometió con más frecuencia antes del siglo XII?

Con el fin de explicar la hechicería, Zilboorg ofreció una interpretación médica sin especificar la manera de usarla. ¿A qué clase de enfermedad sucumben los llamados «enfermos mentales»? ¿Será, acaso, a enfermedades como la paresia o el

tumor cerebral, o quizás a problemas vitales que surgen —o, por lo menos, son precipitados— por presiones familiares y sociales, metas antagónicas, etc.? Quienes postularon la teoría médica de la hechicería no formularon, ni contestaron, por supuesto, ninguna de *estas* preguntas. La interpretación de Zilboorg, según la cual la acusación de hechicería implicaba la creencia fanática en el libre albedrío, es simplemente falsa. Contradice el hecho empírico más obvio, esto es, que la mayoría de las brujas eran mujeres sobre todo viejas, pobres y prescindibles para la sociedad. Por otra parte, el hecho de que las personas estuvieran poseídas por el demonio no se solía atribuir al libre albedrío de ellas; se consideraba, por el contrario, que ocurría contra su voluntad y su «mejor sentir». En consecuencia, los cazadores de brujas eran representantes de sus infortunadas clientes, y la ejecución de estas se definía como una medida «terapéutica». Esta definición desnaturalizada y antihumanitaria de la «terapia» y de la función del «terapeuta» persistió hasta nuestros días con respecto a lo que se denomina tratamiento de las principales enfermedades psiquiátricas [Szasz, 1957*d*].

La teoría médica de la hechicería ignora dos manifiestos determinantes sociales de la creencia en las brujas y su corolario, la caza de brujas. Primero, la creencia en Dios, Jesucristo y la teología cristiana no puede separarse del todo de la creencia en deidades perversas y sus cohortes (demonios, brujas, hechiceros). Segundo, la preocupación por las actividades sexuales de brujas y demonios es la contraparte de la actitud antisexual que la Iglesia Católica adopta en forma oficial. La quema de brujas y el énfasis puesto en la destrucción de sus cuerpos deben considerarse a la luz de las concepciones teológicas del hombre medieval. De acuerdo con estas, el cuerpo es débil y pecador; la salvación eterna del alma es la única meta digna del hombre [Huizinga, 1927]. Luego, el hecho de quemar cuerpos humanos en la hoguera debe haber sido un acto simbólico —que expresaba la adhesión a las reglas oficiales del juego (reglas como: el cuerpo es malo, el alma es buena; torturar el cuerpo es el camino más seguro para ennoblecer el alma, etc.)—, cuyo principal propósito era asegurar la persistencia de un importante mito o ficción social [Vaihinger, 1911]. En este sentido, podemos comparar la quema de brujas con la destrucción del *whisky* confiscado durante la época de la Ley Seca. Ambos actos daban reconocimiento oficial a una regla que pocas personas cumplían en la vida cotidiana. Durante la Edad Media, la conducta sexual era, en realidad, sumamente promiscua, si la medimos con nuestros patrones actuales [Lewinsohn, 1958], En ambos casos, las leyes expresaban elevados ideales éticos que la mayoría de la gente no estaba dispuesta a seguir. La verdadera meta consistía, en cambio, en burlar hábilmente las leyes, para dar la impresión de que las acataban, y en asegurarse que hubiera otros que fueran sorprendidos y castigados por violarlas. Para esto se necesitaban *víctimas propiciatorias*. En situaciones de este tipo, la función social de la víctima propiciatoria (el *chivo emisario*) consiste en desempeñar el rol de la persona que viola las reglas: se la atrapa y castiga como corresponde [Nadel, 1954, págs. 205-06]. Los

contrabandistas de bebidas alcohólicas y toda la clase de *gangsters* organizados —los cuales surgieron cuando la Ley Seca imperaba en Estados Unidos— podrían considerarse víctimas propiciatorias que deben ser sacrificadas en el altar del falso dios de la abstinencia. Cuanto mayor es la discrepancia real entre las reglas de conducta establecidas y el verdadero comportamiento social, tanto mayor es la necesidad de sacrificar víctimas propiciatorias como medio de mantener el mito social de que el hombre vive conforme a las creencias y normas éticas oficialmente reconocidas.

La teoría de la víctima propiciatoria aplicada a la hechicería

De acuerdo con esta teoría, la hechicería representa la expresión de un método particular por medio del cual los hombres trataron de explicar y dominar diversas calamidades naturales. Incapaces de admitir su ignorancia y su relativa impotencia, pero también de alcanzar la comprensión científica y el dominio de muchos problemas físicos, biológicos y sociales, los hombres recurrieron a víctimas propiciatorias para explicar esos fenómenos. Las identidades específicas de aquellas forman legión: los leprosos, las brujas, las mujeres, los judíos, los negros, los comunistas, los enfermos mentales, etc. Todas las teorías basadas en la víctima propiciatoria postulan que es posible resolver cualquier tipo de problema si se logra dominar, subyugar, someter o eliminar al trasgresor, la raza, la enfermedad u otra cosa por el estilo[1]. Mientras los médicos aceptaron con entusiasmo la idea de que las brujas eran mujeres histéricas a quienes se les había hecho un diagnóstico erróneo, los científicos sociales tendieron a creer que ellas eran víctimas propiciatorias de la sociedad. La obra de Parrinder, *Witchcraft* [1958], es una excelente exposición de este tema. Coincido sustancialmente con su interpretación, e intentaré demostrar en qué aspectos la teoría de la víctima propiciatoria es superior a la teoría médica. Postularé, además, que no solo es engañoso considerar que las «brujas» son «histéricas», sino que también lo es pensar que las personas «enfermas» de «histeria» (o de otras «enfermedades mentales») pertenecen a la misma categoría correspondiente a los individuos que padecen de dolencias físicas. Por lo tanto, el esclarecimiento de la socio psicología de la hechicería debe ser útil, no solo para estudiar este fenómeno, sino también en función del problema contemporáneo de la histeria y las enfermedades mentales.

En cuanto a la teoría de las víctimas propiciatorias aplicada a la hechicería, cabe formular estas preguntas: ¿A quiénes se consideraba brujas? ¿Cómo se las procesaba, y quiénes se beneficiaban con el fallo condenatorio? ¿Qué pensaban de la hechicería las personas que no creían realmente en la existencia de brujas? ¿Pensaban que estas eran enfermas? ¿O creían que no se trataba para nada de un problema de hechicería, sino de acusaciones fraguadas? Al analizar estos interrogantes, subrayaremos las

similitudes entre la creencia medieval en la hechicería, por una parte, y la creencia contemporánea en la enfermedad mental, por la otra. Trataré de demostrar que ambas son explicaciones deficientes, que distraen la atención de la tarea científica que se debe enfrentar. Las dos sirven a los intereses de un grupo específico: una, al clero, la otra, a la profesión médica. Por último, ellas cumplen su función sacrificando a un grupo especial de personas en aras de la conveniencia social. En la Edad Media, las víctimas propiciatorias eran «brujas»; hoy lo son los «pacientes mentales» involuntarios o los individuos que padecen una «enfermedad mental» [Szasz, 1960*d*].

Hechicería y clase social

Examinemos, en primer término, a quiénes se consideraba brujas. Cuando comparamos la hechicería con los conceptos de enfermedad —y, en especial, de histeria y enfermedad mental—, es importante tener en cuenta que la noción tradicional de enfermedad se basa en los simples hechos del dolor, el sufrimiento y la incapacidad. Esto implica que el propio individuo que sufre se considera enfermo. En términos sociológicos, *el rol de enfermo está autodefinido* [Parsons, 1952], Incidentes de esta índole corroboran ese tipo de autodefinición del rol de enfermo: fracturas, enfermedades infecciosas que se manifiestan por medio de fiebre alta y postración, tumores visibles y otros fenómenos similares.

Es muy importante distinguir entre ser enfermo mental por propia definición u opción, o ser definido de ese modo en contra de la voluntad del sujeto. Por lo general, el sujeto se autodefine enfermo mental porque espera que, de esta manera, obtendrá determinados tipos de ayuda —p. ej., psicoterapia privada—. Por el contrario, cuando este rol se le impone a la persona en contra de su voluntad, la maniobra —aun cuando no sea necesariamente perjudicial para todos sus intereses— sirve, en primer lugar, a los intereses de quienes lo definen como enfermo mental.

Durante la Edad Media y el período inmediatamente ulterior, la caza de brujas y los procesos a estas eran acontecimientos frecuentes en Europa y, en menor grado, en Inglaterra. ¿Cómo averiguaba la gente de esa época quiénes eran brujas? Es evidente que ninguna persona descubría por sí misma su condición de bruja. Por el contrario, sostenía y después determinaba —por los métodos establecidos— que alguna otra persona lo era. En suma, el rol de bruja, a diferencia del rol de enfermo, estaba definido por los demás. En este sentido, se parecía a los roles contemporáneos del delincuente y el enfermo mental cuya hospitalización se realiza en contra de su voluntad [Aubert y Messinger, 1958].

Si bien, con respecto a la incidencia de la hechicería, no hay estudios comparables al de Hollingshead y Redlich, *Social Class and Mental Illness* [1958], existe un rico caudal de datos empíricos referentes al tema. Solo ofreceremos un breve resumen de los hechos sobresalientes. La mayor parte de las personas acusadas de hechicería eran

mujeres. La palabra «bruja» implica «mujer»; lo mismo ocurrió antes con la palabra «histérico». Janet y Freud fueron los primeros en afirmar, como es bien sabido, que había «hombres histéricos»[2]. Desde este punto de vista, es muy notable el paralelo entre bruja e histérica. Según Parrinder [1958], por ejemplo, de doscientas brujas condenadas en Inglaterra, solo quince eran hombres [pág. 54], e interpretaba este hecho como signo de que las mujeres constituían una minoría perseguida en un mundo gobernado por hombres.

Además de la elevada proporción de mujeres, la mayoría de las personas acusadas de hechicería pertenecían a las clases inferiores. Eran pobres, estúpidas, desvalidas y a menudo débiles y viejas. El «diagnóstico» de hechicería era, en esa época, una afrenta y una acusación, así como hoy lo es llamar a alguien enfermo mental. Sin duda, es más seguro acusar a las personas que ocupan lugares muy bajos en la escala social que a los que pertenecen a los niveles sociales más altos [Parrinder, 1958, págs. 31-32], Cuando se acusaba de hechicería a personas de alta jerarquía social, como ocurría algunas veces, era más seguro y, al mismo tiempo, más eficaz, que la acusación proviniera de grupos numerosos —p. ej., de un convento de monjas— que de personas aisladas. Entonces, como ahora, los números ofrecían seguridad: ¡se suponía que si una gran cantidad de gente veía o sentía algo, esto tenía que ser cierto! No obstante, las personas instruidas y de posición acomodada podían sortear el peligro de ser tildadas de brujas y «tratadas» como tales —o sea, de ir a parar a la hoguera—, del mismo modo que los individuos cultos y acaudalados de nuestros días pueden evitar fácilmente que se los catalogue de «enfermos mentales». Se libran, por lo tanto, de la internación, la pérdida de las libertades civiles, el «tratamiento» por medio de descargas eléctricas, lobotomías, etc., suerte que aguarda a los menos afortunados.

Misoginia, hechicería e histeria

Los propios inquisidores de la Edad Media estaban impresionados por la discrepancia entre la manifiesta debilidad de las mujeres acusadas de hechicería y sus supuestos actos violentos y diabólicos. Parrinder [1958] comentó:

«Se invocaba, como explicación, que habían realizado actos malignos con ayuda del demonio, pero que este, como buen impostor, abandonaba a sus discípulas en los momentos de apuro. Uno de los inquisidores cita esta explicación: “Hay quienes creen que, una vez que las brujas son aprehendidas y caen en manos de la Justicia, el Diablo las abandona y ya no las ayuda”. Esto era muy conveniente para los inquisidores, porque significaba que podían manejar a estas peligrosas mujeres sin correr riesgo alguno» [pág. 58].

Aunque Parrinder consideró «ridiculas» estas actitudes, creencias y acciones

antifemeninas, ello no debe desviar nuestra atención del hecho de que en Europa predominaron actitudes esencialmente similares hasta bien entrado el siglo XX. En realidad, esta clase de prejuicios de ningún modo ha desaparecido en nuestra época, incluso en los países que se suponen civilizados. En las regiones de economía subdesarrollada, la opresión y explotación sistemática de la mujer —muy similares a las que sufren las razas extranjeras— continúan siendo costumbres y reglas de vida predominantes. Si bien estos hechos sociales son de fundamental importancia para el progreso hacia una ciencia de la conducta humana que sea significativa en el ámbito internacional, es aún más importante, especialmente en relación con la histeria, la actitud cultural hacia las mujeres observada en Europa central en los albores del siglo. Estos fueron el lugar y la época en que surgió el psicoanálisis y, por medio de este, todo el sistema de lo que hoy se conoce como «psiquiatría dinámica». Aunque es bien sabido que en este contexto social el status de la mujer se caracterizaba aún por una opresión bastante profunda, ello era un hecho que se olvidaba con facilidad, o se relegaba a un segundo plano. En general, las mujeres dependían de sus padres o esposos, tenían pocas oportunidades de educarse y trabajar, y se las consideraba —quizá de manera poco explícita— meras portadoras del útero. El matrimonio y la maternidad constituían su rol y función «adecuados». Por lo tanto, se pensaba que eran, desde el punto de vista biológico, inferiores al hombre con respecto a características como la capacidad intelectual y los sentimientos éticos más refinados. Algunas opiniones de Freud acerca de las mujeres no diferían demasiado de las de Krämer y Sprenger.

Veamos una cita ilustrativa de Freud [1932], que se refiere a lo que él llamaba «la psicología de las mujeres»:

«Es menester admitir que las mujeres tienen escaso sentido de la justicia, y esto se relaciona, sin duda, con el predominio de la envidia en su vida anímica, pues la exigencia de justicia *es* una elaboración de la envidia; ofrece las condiciones que hacen posible darle libre cauce. Decimos también que *sus intereses sociales son más débiles* que los de los hombres, y que su capacidad para *sublimar los instintos* es menor que la de aquellos» [pág. 183]. [Las bastardillas son mías].

Citamos los puntos de vista de Freud acerca de la psicología femenina, no tanto para criticarlos —esto lo hicieron otros, en forma apropiada [A. Adler, 1907-1937; Horney, 1939; Fromm, 1959]—, sino más bien para subrayar la importancia de la opresión social como determinante de los fenómenos denominados hechicería, histeria y enfermedad mental. Como observamos antes (cap. 9), determinadas condiciones psicosociales fomentan muchísimo la tendencia a utilizar comunicaciones indirectas. La opresión social, en cualquiera de sus variadas formas —entre ellas, el desamparo de la infancia, la estupidez, la falta de educación, la pobreza, los achaques y enfermedades orgánicas y la discriminación racial, sexual o

religiosa—, debe considerarse, por lo tanto, el principal determinante de las comunicaciones indirectas de toda clase (v. gr., histeria, mentira, engaño, etc.). Este concepto relativo a la histeria y las enfermedades mentales difiere de las teorías puramente médicas *y* psiquiátricas, porque pone el énfasis en las consideraciones éticas, políticas y económicas, *además de* tomar en cuenta las de naturaleza médica y psicosocial.

Conflictos de intereses en los procesos por hechicería

La creencia en brujas, demonios y sus cohortes era algo más, por supuesto, que una simple cuestión metafísica o teológica. Afectaba la conducta pública, en forma notoria en el caso de la caza de brujas y los procesos subsiguientes. En cierto sentido, estas imágenes se oponían a los milagros sagrados. Los supuestos actos de hechicería o de taumaturgia solo podían reconocerse oficialmente una vez que los poseedores del poder social —en este caso, la alta jerarquía eclesiástica de la Iglesia Católica— los examinaban y apreciaban como válidos. Se establecía la autenticidad de los actos de taumaturgia, hechicería, sortilegio, etc., mediante lo que era, básicamente, un procedimiento legal aplicado en un contexto teológico. De aquí la expresión «procesos a las brujas». Es evidente que un proceso no es una institución médica, ni científica.

El hombre del Medievo, como el de la época antigua, reconocía la distinción entre controversias legales y científicas. Empero, la teoría médica de la histeria oscureció esta importante distinción. Es claro que los litigios legales sirven para arreglar disputas originadas por intereses antagónicos. Los procedimientos médicos, en la medida en que se basan en consideraciones científicas, están destinados a solucionar problemas *fácticos*, tales como la naturaleza de la enfermedad del paciente y las medidas que podrían restituirle la salud. En esta situación, no existen conflictos de intereses obvios entre las partes opuestas. El paciente está enfermo, quiere recuperarse, y la familia y la sociedad también desean este resultado. Por último, el médico comparte el mismo objetivo.

Esto no ocurre en una disputa legal. Aquí, el núcleo del problema es el conflicto de intereses entre dos o más partes. Lo que es bueno (terapéutico) para una, es malo (patógeno) para la otra. En vez del médico, es el juez quien está facultado para buscar una conciliación entre las partes antagónicas o resolver la disputa en favor de uno de los contendientes. Esto ocurría, precisamente, en los procesos de hechicería del Medievo, y es también lo que observamos hoy en muchos casos de «enfermedad mental». Si en estas situaciones no se reconocen los conflictos de intereses, se perderá la oportunidad de tratar los fenómenos pertinentes desde una perspectiva científica.

Examinemos ahora los procesos por hechicería. En primer lugar, en Europa el

juez que intervenía en estos procesos solía recibir una parte de los bienes materiales del hereje condenado [Parrinder, 1958, pág. 79]. En las sociedades democráticas de hoy, damos por sentado que los jueces son «imparciales». Su tarea consiste en defender la ley. Por lo general, el juez ocupa una posición ajena a la órbita socioeconómica inmediata de los litigantes. Aunque todo esto pueda parecer demasiado obvio, es necesario decirlo, porque con mucha frecuencia la imparcialidad del juez hacia los contendientes es, incluso hoy día, un ideal quimérico. En los países totalitarios, por ejemplo, los llamados crímenes contra el Estado entran en la misma categoría de los procesos por hechicería: el juez es, hasta cierto punto, empleado de una de las partes litigantes. Aun en las sociedades democráticas, cuando se trata de actos que violan creencias morales y sociales fundamentales —v. gr., traición, o subversión—, las decisiones *a priori* en favor del bando que posee el poder vulneran el valor asignado al logro de un equilibrio imparcial entre los intereses de los contendientes. Por esta razón los «criminales políticos» pueden convertirse en «héroes revolucionarios», y, si la revolución fracasa, volver otra vez al status de «criminales». En los procesos por hechicería, el conflicto se planteaba, según la definición oficial, entre el acusado y Dios, o entre el acusado y la Iglesia Católica (más tarde, la Protestante), representante de Dios y de Jesucristo en la tierra. No existía ningún intento de hacer que la contienda fuera pareja. La distribución de las fuerzas entre acusador y acusado reflejaba las relaciones entre el rey y el siervo: uno tenía todo el poder, y el otro carecía de él. Una vez más tropezamos con el tema de la opresión. Es significativo observar que solo en Inglaterra —donde, empezando por el otorgamiento de la Carta Magna en el siglo XII, se reconocieron gradualmente los derechos y dignidades de quienes eran menos poderosos que el rey— la furia de la caza de brujas se vio mitigada por protecciones legales y sensibilidades sociales. Tras el conflicto aparente del proceso por hechicería se ocultaban los habituales conflictos de clase social, valores y relaciones humanas. Por otra parte, dentro de la propia Iglesia Católica había luchas y rivalidades que más tarde se acentuaron por los antagonismos entre católicos y protestantes. En este contexto, las brujas y hechiceros, reclutados en las filas de los pobres y oprimidos, desempeñaron el rol de víctimas propiciatorias. De este modo, cumplieron la función —útil para la sociedad— de actuar como factores de tranquilidad social [Szasz, 1960*c*]. Al participar en un importante drama público, contribuyeron a la estabilidad (tal como entonces prevalecía) del orden social existente [Parrinder, 1958, págs. 83-84].

Por último, estaba el motivo siempre presente de la venganza que pobres y débiles podían tomar contra los ricos y poderosos. Aldous Huxley narra, en *The Devils of Loudun* [1952], la historia de un caso de este tipo. El autor nos muestra desde adentro, por así decirlo, los conflictos, pasiones y frustraciones humanas que constituyeron el material esencial de la caza de brujas. Es curioso que Huxley, aun cuando defendió, en apariencia, la teoría médica referente a la hechicería —por cuanto repetidas veces alude a las monjas supuestamente poseídas por el demonio

designándolas con el calificativo de «histéricas»—, haya descrito el caso como si en realidad fuera una maquinación bien concebida y ejecutada por una monja que decide torturar y matar a un sacerdote promiscuo y seductor, por quien se siente atraída y rechazada. La historia muestra cómo la monja moviliza a los grupos que detentan el poder con el fin de prepararse para atacar la excelsa y encumbrada figura que terminará por ser humillada y asesinada legalmente.

La hechicería, la histeria y los valores

En este estudio, suponemos en forma explícita que el hombre es un ser que utiliza símbolos y acata reglas. Es evidente que las metas evaluadas como dignas de ser perseguidas, y los medios considerados eficaces y adecuados para alcanzarlas, determinarán y «explicarán» lo que hace el hombre. En este sentido, debemos tener siempre presente la advertencia de Myrdal [1944]: «El único recurso que existe para excluir las predisposiciones y parcialidades en las ciencias sociales es hacer frente a las evaluaciones y presentarlas como premisas específicas, enunciadas de modo explícito» [pág. 1042].

Es preciso plantear y contestar estos interrogantes: ¿Qué valores sustenta el sistema social donde es posible establecer o fomentar el «diagnóstico» de hechicería? De igual manera, ¿cuáles son los valores del sistema social que favorece el «diagnóstico» de histeria (o de enfermedad mental)? En la primera parte examinamos varios aspectos de este problema. Podemos ampliar lo dicho antes, considerando en forma específica las relaciones existentes entre *los valores dominantes de una sociedad y los términos en que se perciben y definen los inconvenientes interpersonales y sociales que se producen en ella. La naturaleza específica de los valores (metas), y los medios para alcanzarlos (reglas), se infieren fácilmente examinando los tipos de juegos que la gente juega en su vida*[3].

El juego teológico de la vida

En la Edad Media, la vida era un juego religioso importantísimo. El valor predominante era la salvación en una vida futura, ultraterrena. Mucho se ha escrito acerca de este tema [v. gr., Huizinga, 1927; Zilboorg, 1935, 1943], Sólo me referiré a algunos autores notables. Gallinek [1942] subrayó que «no es posible separar la histeria de la Edad Media de la época y lugar en que ocurrió» [pág. 42], y resumió de este modo la finalidad de la vida del hombre medieval:

«El objetivo del hombre era dejar todas las cosas terrenales lo más atrás posible y aproximarse, ya en el curso de su vida, al reino de los cielos. La meta era la salvación. Esta constituía el principal problema del cristiano. El hombre ideal de la

Edad Media estaba libre de todo temor porque se sentía seguro de obtener la salvación, la gloria eterna. El era el santo, y el santo, no el caballero ni el trovador, es el verdadero ideal de la Edad Media» [pág. 47].

De aquí se deduce que, si la santidad y la salvación eran parte del juego cristiano de la vida, la hechicería y la condenación constituían la otra parte. Ambas pertenecían a un único sistema de reglas y creencias, así como las condecoraciones militares que premian el valor y los castigos por la deserción pertenecen al mismo sistema de organización. Las sanciones positivas y negativas, o las recompensas y castigos, se complementan mutuamente, y comparten por igual la función de dar forma y sustancia al juego. Un juego está compuesto por la totalidad de sus reglas; la modificación de cualquiera de ellas produce un cambio en aquel. Es importante tener presente este hecho, para evitar la errónea creencia de que es posible preservar la identidad esencial de un juego manteniendo solo sus características deseables (recompensas) y eliminando todo lo indeseable (penalidades).

Por el contrario, si se desea preservar el juego —esto es, mantener el *statu quo* social (religioso)— la mejor forma de lograrlo es participar en él con entusiasmo, tal como se da. Por consiguiente, la búsqueda y el descubrimiento de brujas constituía un importante mecanismo para participar en el juego religioso de la vida, según lo concebía el hombre medieval; del mismo modo, la búsqueda y localización de la enfermedad mental es una técnica apropiada para mantener activo y vigoroso el juego médico-terapéutico contemporáneo. La descripción hecha por Parrinder en *Pacts witb the Devil* [1958, pág. 68] permite vislumbrar hasta qué punto la creencia en las brujas y la preocupación por la hechicería constituían una parte del juego teológico de la vida.

Es significativo que los criterios para «diagnosticar» la hechicería y la herejía fuesen del mismo tipo que los utilizados para establecer la autenticidad de una creencia. Ambos se inferían de lo que decía el sujeto. El énfasis puesto en los datos privados [Szasz, 1957*a*] se remonta a la teología católica medieval. Quiero recalcar la importancia bastante grande que se atribuyó en esa época —y en lo sucesivo— a las manifestaciones verbales de la gente acerca de sus creencias, sentimientos y vivencias. Las expresiones verbales referentes a la devoción a Dios, o las afirmaciones de haber visto a la Santísima Virgen, se elevaban, por lo tanto, a una categoría superior a los hechos. El servicio honesto y la conducta honrada de nada valían. Al mismo tiempo, se recompensaban a veces con magnificencia las pretensiones extravagantes.

Se utilizaban métodos similares para establecer la «maldad» de una persona. Los hechos empíricos se subestimaban en favor de autorrevelaciones obtenidas con torturas, si era necesario. Todo esto ocurría, además, en un medio social donde el comportamiento sádico —especialmente de los nobles hacia los siervos, de los hombres hacia las mujeres y de los adultos hacia los niños— era asunto cotidiano.

Suponemos que su misma ubicuidad embotó la sensibilidad de los hombres y desvió su atención de estos problemas. No es fácil mantener el interés centrado en los hechos comunes y corrientes —como la brutalidad cotidiana del hombre hacia sus semejantes, por ejemplo—. ¡Pero la conducta pusilánime de la persona presa en las garras del demonio era, en cambio, otra cuestión, mucho más interesante por cierto! Puesto que los individuos encargados de diagnosticar sortilegios y hechicerías no podían observarlas directamente, debían confiar casi por entero en las comunicaciones verbales. Estas eran de dos tipos: primero, las acusaciones contra determinadas personas sospechosas de realizar actos malignos o extraños; segundo, y más importante, las confesiones[4]. Existe un claro vínculo entre las autoincriminaciones privadas en la confesión católica y las autoincriminaciones públicas en la caza de brujas. El carácter público de estas últimas coincide con las declaraciones de igual naturaleza hechas por los santos, acerca de sus visiones beatíficas y otras experiencias.

El juego médico de la vida

¿Cuáles son los valores del sistema social que fomenta el «diagnóstico» de histeria? Este interrogante atañe a los valores no reconocidos y, en un sentido más general, a los puntos de vista universales de nuestra civilización occidental contemporánea. Uno de los principales valores de nuestra cultura es, sin duda alguna, la ciencia. La medicina, como parte de esta, integra dicho sistema de valores. Los conceptos de salud, enfermedad y tratamiento son las piedras angulares de una omnímoda y moderna concepción médico-terapéutica universal [Szasz, 1958*b*]. Al hablar de la ciencia como valor social ampliamente compartido no me refiero a ningún método científico determinado, ni tengo en cuenta cosas como la búsqueda de la «verdad», la «comprensión» o la «explicación». Aludo, en cambio, a la ciencia en tanto fuerza institucional, similar a la teología organizada de épocas pasadas. Es cada vez mayor el número de gente que recurre a esta versión de la «ciencia» —llamada, algunas veces, «cientificismo»— en su búsqueda de guías prácticas para la vida. Veamos un caso específico. De acuerdo con este sistema de valores, una de las metas más importantes del hombre es tener un organismo fuerte y sano. El deseo del hombre contemporáneo de disfrutar de un cuerpo sano es, en realidad, sucesor del deseo del hombre medieval de poseer un alma virtuosa, merecedora de la salvación eterna. Se considera que un cuerpo sano es un medio útil para lograr, no la salvación, sino el bienestar, el atractivo sexual, la felicidad y una larga vida. Los esfuerzos desplegados en prosecución de esta meta —o sea, tener un cuerpo sano (y esto incluye, en la actualidad, la calidad de *atractivo*)— son verdaderamente enormes. Por último, se agregó a este sistema de valores la condición de tener una «mente» también sana, considerándose, quizá, que la «mente» es nada más que otra parte del organismo

humano. De acuerdo con este punto de vista, el hombre está dotado de varios sistemas: óseo, digestivo, circulatorio, nervioso, etc., y una «mente», o, como lo expresaran los romanos, *«Mens sana in corpore sano»* («Mente sana en cuerpo sano»). Es curioso que gran parte de la psiquiatría moderna esté determinada por esta antigua proposición. Los psiquiatras que buscan anormalidades biológicas (genéticas, bioquímicas, etc.), creyendo que en ellas residen las causas de las «enfermedades mentales», se hallan comprometidos, en forma consciente o inconsciente, con este marco de referencia y sus valores ocultos.

Aun cuando no creamos en la posibilidad de reducir la psiquiatría a la bioquímica, la noción de enfermedad mental implica: 1) el valor positivo de «salud mental», y 2) determinados criterios, según los cuales es posible «diagnosticar» los estados de salud y enfermedad mentales. En nombre de este valor se pueden realizar los mismos actos que llevaba a cabo el hombre del Medievo cuando marchaba bajo la bandera de Dios y Jesucristo. ¿Cuáles son algunas de estas acciones? En primer lugar, aquellos a quienes se considera especialmente sanos y fuertes —o contribuyen a estos valores— reciben recompensas. Los atletas, las reinas de belleza y las estrellas de cine son los «santos» de la época moderna, y los fabricantes de cosméticos, los médicos, psiquiatras, etc., sus asistentes. Se los honra, admira y recompensa. Este hecho es bien conocido, y no debe extrañar mucho. ¿Quiénes entran en la categoría de brujas y hechiceros? ¿Quiénes son las personas perseguidas y sacrificadas en nombre de la «salud» y la «felicidad»? Hay muchas. En las primeras filas están los enfermos mentales, y en especial aquellos así definidos por los demás y no por sí mismos [Szasz, 1961*d*]. Se considera que los enfermos mentales hospitalizados por decisión de otros son individuos «inadecuados» o «negativos», y se realizan esfuerzos para que «mejoren». Términos como «adecuado» e «inadecuado», «positivo» y «negativo» se utilizan aquí de acuerdo con el sistema de valores predominante. Si bien este es, en apariencia, un sistema médico de valores, se trata, sin embargo, de un sistema ético[5]. Además de los enfermos mentales, también los ancianos y las personas de físico desagradable o con malformaciones se encuentran en una clase análoga a la antigua categoría de hechiceros y brujas.

La razón de que se considere «negativos» a los individuos que manifiestan estas características es inherente a las reglas del juego médico. Así como la hechicería era un juego teológico invertido, del mismo modo la psiquiatría general —en especial, la atención del paciente mental que no se autodefinió de esta manera— es una especie de juego médico invertido. Para la ética del juego médico, la salud —definida, entre otras cosas, como un organismo en buen estado de funcionamiento— es un valor positivo. La felicidad también lo es. Sus opuestos son el organismo que funciona en forma deficiente y la desdicha o la depresión. La histeria es, como vimos, una representación dramatizada del mensaje: «Mi organismo no funciona bien». Desde este punto de vista, la «enfermedad mental» llamada «depresión» significa: «Soy desdichado».

En la medida en que aceptemos la ética del juego médico, las personas enfermas serán mal miradas, por lo menos hasta cierto punto. Esta actitud tiende a suavizarse por la sumisión del enfermo hacia quienes tratan de mejorar su salud y se preocupan por sus propios esfuerzos para recuperarse. En muchos sentidos, los pacientes histéricos y los enfermos mentales en general no realizan los esfuerzos «adecuados» para curarse. Por ello pierden el derecho a ser tratados bondadosamente por la mayoría de la gente (y los médicos), e incitan a una conducta sádica más o menos encubierta. En suma, puede afirmarse que, en el marco de la ética médica, el paciente sólo merece un trato benevolente en la medida en que es potencialmente sano. Esto es similar a la posición teológica medieval, según la cual la bruja, o el hereje, era digno de atención sólo en tanto manifestaba ser «un verdadero creyente» en potencia. En un caso, se acepta al hombre como ser humano —y, por lo tanto, merece un trato humanitario— sólo porque podría ser sano; en el otro, porque es posible que sea *un* buen cristiano. Por consiguiente, ni la enfermedad, ni la incredulidad religiosa recibieron el tipo de reconocimiento humanitario que merecían.

Resulta fácil, por supuesto, otorgar reconocimiento a la incredulidad con respecto a un problema que ya no exige aceptación general. A raíz del desarrollo del espíritu científico-racional en la cultura occidental, se aceptó cada vez más el escepticismo religioso. Hoy, sin embargo, en la vida contemporánea predomina el punto de vista médico. De acuerdo con este enfoque, no se acepta bastante el hecho general de que la enfermedad forma parte de la vida, tanto como la salud. De esta suerte, se tiende a enmascarar y rechazar la posibilidad de que diversos tipos de incapacidades físicas —y comportamientos humanos de toda índole— puedan ser modos de existencia o sistemas de vida adecuados. Junto con la difusión del cientificismo médico y la tendencia a desconocer la existencia legítima de problemas de relaciones humanas, se observa, sobre todo en Estados Unidos, el renacimiento de un creciente antagonismo hacia la incredulidad religiosa [Blanshard, 1960]. Esto puede ser, en parte, resultado de la equiparación de agnosticismo y comunismo prevaleciente en esta sociedad. Esta simple racionalización puede ocultar, empero, el temor general a enfrentar de manera más abierta los problemas vitales de la existencia humana. La misma popularidad del psicoanálisis y de diversas técnicas psicoterapéuticas podría atribuirse, entonces, a este agudo deseo de negar, modificar o eludir el enfrentamiento con determinados conflictos de intereses humanos, sean interpersonales, sociales, éticos o económicos [Szasz, 1960*c*].

Quinta parte. Análisis de la conducta según el modelo del juego

13. El modelo de la conducta humana como participación en un juego

«El juego ejemplifica, pues, la situación de la cual surge una personalidad organizada». George H. Mead [1934, pág. 159].

Casi todo el material incluido hasta ahora en este libro se basa en lo que es, en realidad, el modelo de la conducta humana como juego, formulado por primera vez por George H. Mead [1934], Mead sostuvo que la mente y el propio yo se generan en un proceso social, y que la comunicación lingüística es la característica singular más importante para explicar las diferencias entre conducta animal y conducta humana. No nos interesan los detalles de la teoría de la acción de Mead [Mead, 1934, 1936, 1938]. Bastará que consideremos sus ideas acerca de los juegos, y su relación con el problema de la histeria y la enfermedad mental.

Naturaleza social y desarrollo de los juegos

Los juegos, la mente y los actos humanos, según George H. Mead

Para Mead, los juegos son paradigmas de situaciones sociales. Tuvieron, pues, enorme importancia en su teoría de la conducta humana, que consideraba al hombre un animal caracterizado, en esencia, por la adopción de roles. Participar en un juego presupone que cada jugador es capaz de adoptar el rol de todos los demás. Mead recalcó también que las reglas del juego son de gran interés para los niños, y decisivas para el desarrollo social del ser humano. Recordemos que las pautas específicas de búsqueda y de prestación de ayuda que se desarrollan en la infancia se interpretaron como un juego prototípico. Por consiguiente, hemos considerado primero esas reglas específicas —que examinamos en la cuarta parte—, y ahora analizaremos, de manera más general y abstracta, los juegos.

Mead [1934] describió el espíritu de juego —es decir, la convicción de que vale la pena participar en el juego social (de vivir)— con el nombre de «el otro generalizado». Si bien la elección de este término no es muy acertada, la idea que implica es significativa.

«Se puede llamar “el otro generalizado” a la comunidad organizada, o grupo social, que da al individuo su unidad como sí-mismo. La actitud del otro generalizado es la de toda la comunidad. Tomemos el caso de un grupo social, como un equipo de béisbol, por ejemplo; el equipo es el otro generalizado en cuanto participa —como

actividad social o proceso organizado— en la experiencia de cualquiera de los miembros individuales que lo componen» [págs. 153-54].

La situación social en la que vive el individuo constituye el equipo donde juega este y es, por consiguiente, de máxima importancia para determinar *quién es el individuo y cómo actúa*. En consecuencia, la conducta de un paciente psiquiátrico —en comparación con la enfermedad del paciente médico— sería resultado de determinantes biológicos y psicosociales. En otras palabras, el juego social que predomina en un medio moldea las necesidades instintivas del hombre —y esto puede incluir la inhibición, el estímulo y aun la creación de «necesidades»—. La noción de que la conducta sufre una determinación dual (biosocial) [Murphy, 1947] se ha integrado a la teoría psicoanalítica gracias al creciente énfasis puesto en la psicología del yo y las relaciones objetales. Por útiles que hayan sido estas modificaciones de la teoría psicoanalítica clásica, no se ha probado que las explicaciones basadas en las llamadas funciones del yo sean tan adecuadas para la teoría o la terapia como aquellas que se expresan en términos de reglas, roles y juegos. Consideremos brevemente un problema que ilustra las conexiones entre el psicoanálisis y la teoría de los juegos (en el sentido utilizado aquí). Casi todos los autores psicoanalíticos contemporáneos aceptaron los conceptos de beneficio primario y beneficio secundario, aun cuando provienen del período de la teoría clásica. Los beneficios que ofrece la participación provechosa en un juego —p. ej., recibir un trato más benevolente porque se padece una enfermedad histérica— se consideran secundarios. Como lo revela el término, estos beneficios serían menos significativos como motivos (o móviles) de la conducta en cuestión que los beneficios primarios, que derivan de las supuestas gratificaciones de necesidades instintivas inconscientes.

Si reinterpretamos estos fenómenos en términos del modelo de la conducta como acatamiento de reglas, adopción de roles y participación en un juego, desaparece la exigencia de distinguir entre beneficios primario y secundario, y la correspondiente necesidad de evaluar la relativa importancia de las supuestas demandas fisiológicas y los impulsos reprimidos, por una parte, y los factores interpersonales, por la otra. Como en la vida social humana no existen impulsos y necesidades que carezcan de reglas específicas para manejarlos, es imposible considerar las necesidades instintivas únicamente en función de reglas biológicas (cf. cap. 10). Por el contrario, es menester enfocarlas en función de su significación psicosocial, o sea, como partes de un juego.

De aquí se deduce que solo en el contexto de un medio social específico podremos comprender adecuadamente conceptos como el de histeria o enfermedad mental. En otras palabras, en tanto enfermedades como la sífilis y la tuberculosis tienen el carácter de hechos o acontecimientos y, por consiguiente, pueden describirse sin necesidad de saber cómo se comportan los hombres en sus apuntos sociales, la histeria y otros fenómenos llamados enfermedades mentales constituyen acciones.

Ocurren por influencia de seres humanos conscientes e inteligentes, y pueden comprenderse mejor, a mi juicio, en el marco de referencia de los juegos. Por lo tanto, las «enfermedades mentales» difieren fundamentalmente de las enfermedades comunes, y son similares a ciertos movimientos y técnicas de la participación en un juego. Padecer histeria dista mucho de estar enfermo; sería más exacto equipararlo a participar —en forma correcta o incorrecta, hábil o torpe, satisfactoria o insatisfactoria, según el caso— en un juego.

Concepciones de Jean Piaget sobre el desarrollo de los juegos

He utilizado el concepto de juego como si fuese familiar para la mayoría de la gente. Creo que esto se justifica porque todo el mundo sabe cómo jugar a algún juego. En consecuencia, los juegos sirven a la perfección como modelos para esclarecer otros fenómenos sociopsicológicos menos conocidos. Empero, la capacidad para acatar reglas, participar en un juego y construir nuevos juegos no es una facultad compartida en igual medida por todas las personas. Será necesario considerar el desarrollo del niño en relación con su capacidad para participar en un juego. En este sentido, también examinaremos brevemente la distinción entre diversos tipos de juegos.

Piaget estudió en forma exhaustiva la evolución de los juegos durante la infancia. Sus trabajos [1928, 1932, 1951] constituirán la base de nuestras observaciones. Es significativo que Piaget [1932] haya considerado que la conducta moral es, simplemente, un determinado tipo de acatamiento de reglas: «Toda la moralidad consiste en un sistema de reglas, y la esencia de toda moralidad ha de buscarse en el respeto que el individuo llega a tener por estas reglas» [pág. 1], Piaget equiparó de ese modo la naturaleza de la moralidad, o la conducta y el sentimiento éticos, con la actitud del individuo hacia —y la práctica de— diversas reglas. Este punto de vista es muy elogiable, ya que ofrece una base científico-racional para analizar los sistemas morales (juegos) y la conducta moral (la conducta real de los jugadores).

En sus estudios relativos a las reglas del juego, Piaget distinguió dos características más o menos específicas de la conducta reglada. Una es la práctica de las reglas, es decir, las formas definidas en que niños de diferentes edades aplican las reglas. La otra característica atañe a lo que denominó conciencia de las reglas, con lo que quiso aludir a la autorreflexión correspondiente a las reglas o la conducta de adopción de roles [Mead, 1934]. Empero, Piaget llevó este concepto mucho más lejos que Mead, ya que observó y describió una jerarquía de actitudes de adopción de roles. Esto quiere decir que los niños de distintas edades tienen ideas diferentes acerca del carácter de las reglas del juego. En general, los niños más pequeños las consideran obligatorias, impuestas desde el exterior y «sagradas», mientras que los niños mayores aprenden poco a poco a considerar que las reglas están definidas por la sociedad y, en cierto sentido, se autoimponen. Piaget [1932] investigó la conducta de

acatamiento de regias y de participación en un juego desde los estadios de egocentrismo, imitación y heteronomía de la infancia temprana hasta el estadio posterior (maduro) de cooperación, acatamiento racional de reglas y autonomía [págs. 86-95]. Los detalles del desarrollo de la conducta como acatamiento de reglas no son pertinentes para nuestro propósito, por lo que solo presentaremos un breve resumen del esquema de Piaget.

Primero, con respecto a la práctica o aplicación de las reglas, Piaget distinguió cuatro estadios. El más temprano se caracteriza porque el niño preverbal imita de manera automática determinadas pautas de conducta. Piaget las denominó reglas motoras, las cuales, más tarde, se convierten en hábitos. El segundo estadio empieza, por lo general, poco después del segundo año de vida, «cuando el niño recibe del exterior el ejemplo de reglas codificadas» [pág. 16]. Durante esta fase, el juego es puramente egocéntrico; el niño juega junto a otros, pero no con ellos. Este tipo de aplicación de las reglas se caracteriza porque el niño mezcla la imitación de los demás[1] con el uso exclusivamente personal de los ejemplos recibidos. Este estadio suele concluir cuando el niño cumple siete u ocho años.

Durante el tercer estadio, llamado de cooperación incipiente, los niños «empiezan a preocuparse por el problema del control mutuo y la unificación de las reglas» [pág. 17]. No obstante, el juego sigue siendo relativamente idiosincrásico. Cuando en este período preguntamos a los niños acerca de las reglas del juego en que participan, suelen dar explicaciones enteramente contradictorias.

El cuarto estadio se inicia entre los once y doce años, y se caracteriza por la codificación de las reglas. Ahora, el niño comprende bien las reglas del juego; hay, asimismo, un alto grado de consenso entre los niños acerca de sus respectivos roles. Las reglas del juego son ahora explícitas, públicas y convencionales.

Esto basta en cuanto a la descripción de la práctica de las reglas, que debe complementarse con el desarrollo de la conciencia de reglas. Con esto Piaget aludía a la experiencia del niño (o el adulto) en relación con el origen y la naturaleza de las reglas, y especialmente sus sentimientos, su percepción y su concepción de cómo lo obligan a obedecer aquellas.

Piaget [1932] describió tres estadios en el desarrollo de la conciencia de reglas. Durante el primero, «las reglas aún no tienen carácter coactivo, sea porque son puramente motoras, sea porque [al comienzo del estadio egocéntrico] se las recibe, por así decirlo, en forma inconsciente y como ejemplos interesantes antes que como realidades obligatorias» [pág. 18]. En el segundo estadio, que no se inicia hasta después de los cinco años, las reglas son, para el niño, sagradas e intangibles. Los juegos regidos por ellas se denominan heterónomos. Las reglas (y los juegos) emanan de los adultos, y el niño las vivencia como si fuesen definitivas. «Cada modificación sugerida impresiona al niño como una trasgresión» [pág. 18].

El tercero y último estadio empieza cuando el niño considera que las reglas adquieren un carácter obligatorio debido al consentimiento mutuo. Las reglas deben

obedecerse porque así lo exige la lealtad hacia el grupo, o hacia el juego. Sin embargo, las reglas indeseables pueden modificarse. Solemos asociar esta actitud hacia los juegos con la persona adulta —y lo esperamos de ella— en una sociedad democrática. Se espera que dicha persona sepa y sienta que, así como las reglas del juego son hechas por el hombre, del mismo modo lo son las leyes de nuestro país. Esto contrasta con las reglas del juego en un país teocrático, donde se espera que los ciudadanos crean que Dios establece las leyes. Solo los individuos que hayan alcanzado los últimos estadios de ambos sistemas evolutivos pueden jugar los llamados juegos autónomos, en contraposición con los heterónomos.

La evolución del concepto que se forma el niño acerca de los juegos y reglas corre pareja, desde luego, con el desarrollo de su inteligencia [Piaget, 1952*a*, 1952*b*, 1953, 1954]. La capacidad para distinguir las reglas biológicas de las sociales (cap. 10) depende, pues, de un determinado grado de desarrollo moral e intelectual. Esto permite comprender fácilmente que es durante la adolescencia cuando los niños empiezan a dudar de la «racionalidad» de los mandatos bíblicos. Creo que lo que en las obras psicológicas y sociológicas se designa como rebeldía del adolescente puede atribuirse, en gran medida, al hecho de que solo en esa poca los niños adquieren suficiente juicio y discernimiento para examinar con inteligencia las exigencias parentales, religiosas y sociales como sistemas de reglas. La propia Biblia se presta muy bien a ser demolida por la creciente lógica del adolescente, porque en ella las reglas biológicas y sociales están muchas veces indiferenciadas o son, acaso, deliberadamente confusas[2]. De acuerdo con la terminología de Piaget, consideramos que todas las reglas son partes de juegos heterónomos. Este tipo de juego se ajusta muy bien al mundo de los niños menores de diez años.

Puesto que los niños, sobre todo los muy pequeños, dependen por entero de los progenitores, no debe extrañar su relativa incapacidad para comprender otras reglas que no sean coactivas, impuestas desde el exterior. De igual manera, cuanto más dependan las personas adultas de otras (individuos o grupos), tanto más se aproximarán sus actitudes de participación en un juego a las de los niños [v. gr., Johnson, 1960]. Se puede trazar un estrecho paralelismo entre varios parámetros, cada uno de los cuales sufre cambios característicos durante la infancia y requiere que se disponga de adecuadas relaciones humanas de sostén para el niño en vías de crecimiento. El «yo» psicoanalítico, la «mente» y el «sí mismo» de Mead, la inteligencia (aprendizaje), y el desarrollo de la conducta y la sensibilidad moral, parecen depender —cada uno a su modo— de la introyección de los llamados «objetos adecuados» y la identificación con ellos [Szasz, 1957c, 1958*d*]. No proseguiré examinando esta cuestión, pues nos alejaríamos demasiado de nuestro tema. Sin embargo, es importante tener en cuenta estas consideraciones, porque nos ayudarán a conferir un sentido operacional al uso —en gran medida peyorativo— del concepto psiquiátrico y psicoanalítico de inmadurez. Al utilizar un esquema evolutivo como el de Piaget —el cual se basa, como lo destacó el propio autor, en ciertos

valores preferenciales de una determinada sociedad—, es posible hablar en forma significativa de tipos más o menos maduros de participación en un juego. Más adelante aplicaremos estos conceptos a la interpretación de la histeria, y demostraremos que la conducta así designada representa un tipo relativamente inmaduro de acatamiento de reglas, esto es, basado en gran medida en la heteronomía y la coacción antes que en la autonomía y la reciprocidad.

Desarrollo de la personalidad y valores morales

Según Piaget, la evolución de los juegos en los niños se inicia con la heteronomía y prosigue en la autonomía. En función de los procesos interpersonales orientados hacia el dominio, esto equivale a pasar de la coacción y la autoayuda a la cooperación recíproca e inteligente entre iguales. Aunque Piaget describió con gran fidelidad estos fenómenos psicosociales, creo que no subrayó con suficiente fuerza las opciones éticas implícitas en ellos. En otras palabras, lo que describe Piaget refleja, a mi juicio, el tipo de desarrollo que algunos miembros de las clases media y superior de las naciones occidentales contemporáneas querrían para sus propios hijos o para sí mismos. La autonomía, la integridad y la cooperación mutuamente respetuosa son los principales valores y metas evolutivas hacia los cuales tiende este proceso de socialización. Pero ¿son estos los valores por los que luchan las clases inferiores, o que sustentan algunas religiones organizadas? No lo creo. Los miembros de les clases inferiores —hombres y mujeres de bajo nivel educacional, y, quizá, víctimas de una angustiosa situación económica— aspiran al poder y la dominación antes que a la igualdad[3].

Dominación-sumisión versus igualdad y reciprocidad

En casi todos los asuntos humanos es posible observar, aunque en formas algo distintas, el conflicto fundamental entre dominación-sumisión e igualdad [Fromm, 1941]. La Revolución Francesa ofrece un ejemplo clásico. La lucha se libró en nombre de la *Liberté, égalité et fraternité*. Dos de estos valores —igualdad y fraternidad— implican cooperación más que opresión. Empero, los ideales de valores cooperativos propugnados por los filósofos que dieron el impulso original a la revolución cedieron su puesto a los valores de las masas, sustentados pragmáticamente. Estos valores, a su vez, no diferían mucho de los que sirvieron a la realeza soberana para gobernar a las masas oprimidas. La fuerza, la coacción y la opresión reemplazaron a la igualdad, la fraternidad y la cooperación.

No es raro que, en la siguiente revolución europea de gran magnitud, los valores éticos de las clases inferiores recibieran una formulación más explícita. La revolución

marxista prometió implantar la dictadura del proletariado: ¡Los oprimidos se convertirían en opresores! Esto se parecía bastante al programa bíblico, según el cual «los últimos serán los primeros». Las principales diferencias entre ambos programas residen en sus respectivos medios de utilización.

«Superioridad natural» versus experiencia posnatal

Quisiera dejar bien en claro que no creo en la «superioridad o inferioridad natural» de ningún grupo humano. Considero, en cambio, que si se trata de un bebé que goza de buena salud los efectos de las experiencias posnatales suelen pesar mucho más que el rol de las características biológicas en la determinación de la forma final que adopta el ser humano. La repercusión global de la educación, concebida en sentido amplio, es aún un fenómeno muy subestimado en el mundo moderno. Por lo tanto, quiero repudiar con energía la tradicional creencia en la superioridad natural de los hombres —o de los hombres blancos, los hombres «civilizados», etc.—, así como la divertida formación reactiva ante aquella, que proclama la «superioridad natural» de las mujeres [Montagu, 1953]. Esto no significa desconocer que el hombre instruido difiere muchísimo del ignorante, pero la diferencia se asemeja más bien a la que existe entre personas que hablan lenguas distintas, inglés y francés, por ejemplo. Como los hombres carentes de educación no pueden competir en el juego de la vida en un mismo pie de igualdad con sus hermanos cultos e instruidos, tienden a convertirse en perdedores crónicos. Y no podemos esperar que los jugadores que siempre pierden abriguen sentimientos afectuosos hacia el juego o hacia sus competidores.

La personalidad como concepción psicosocial normativa

La concepción de una personalidad «humana» distintiva que funciona en forma adecuada arraiga en criterios éticos y psicosociales. No tiene fundamentos biológicos, ni existen determinantes de esta índole que sean especialmente significativos para ella.

Intentamos formular una teoría sistemática del comportamiento personal, libre de toda referencia a las llamadas necesidades primarias o que obedecen a una determinación biológica[4]. Esto no implica negar que el hombre es un animal dotado de un equipo biológico determinado en el nivel genético, que establece los límites superiores e inferiores, por así decirlo, dentro de los cuales debe funcionar. Aceptamos esos límites y nos centramos en el desarrollo de las pautas específicas que operan entre ellos. Por consiguiente, tratamos de evitar las explicaciones basadas en consideraciones biológicas y nos esforzamos por construir, en cambio, una teoría

explicatoria sustentada en firmes bases psicosociales. Subrayamos que no solo el desarrollo psicológico es producto de un proceso de aprendizaje, sino también el aniñamiento, la inmadurez y las enfermedades mentales. Seleccionamos dos series de fenómenos que consideramos de especial significación: las reglas del desvalimiento y la ayuda aprendidas en la infancia, y la Biblia, como paradigma de las enseñanzas religiosas. La caridad como virtud forma un puente entre las reglas de la infancia y las bíblicas. En su calidad de ideal ético general, constituye un poderoso incentivo que fomenta la formación de pautas de incapacidad.

Valores antagónicos en el desarrollo de la personalidad

Es evidente que existe una gama de valores muy amplia en diferentes sociedades [Kluckhohn, 1949]. Aun en las más simples, adultos y niños pueden elegir, hasta cierto punto, los valores que han de enseñar y adoptar. En las sociedades occidentales contemporáneas, las principales alternativas se plantean entre autonomía y heteronomía, o entre una libertad «peligrosa» y una esclavitud «segura». (Esta es, sin duda, una sobresimplificación, pero la presentamos principalmente con fines orientadores).

Piaget [1932] escribió:

«*En nuestras sociedades, el niño, a medida que crece, se libera cada vez más de la autoridad del adulto, en tanto que en los grados inferiores de la civilización la pubertad señala el comienzo de una creciente sumisión del individuo a los mayores y a las tradiciones de su tribu*. Y esto se debe, a nuestro juicio, a que la responsabilidad colectiva parece estar ausente de la configuración moral del niño, mientras que constituye un concepto fundamental en el código de la ética primitiva» [pág. 250]. [Las bastardillas son mías].

Vimos, sin embargo (cap. 11), que el estímulo para tratar de alcanzar la integridad adulta emancipándose de la autoridad unilateral de otros no es la única fuerza activa en nuestra sociedad. Piaget examinó algunas fuerzas que fomentan la conducta coactiva, dependiente del poder y heterónoma:

«Parecería que, en muchos sentidos, *el adulto hiciera todo lo que está a su alcance para estimular al niño con el fin de que persevere en sus tendencias especificas, precisamente hasta el punto en que ellas obstaculicen el desarrollo social*. Pero, si damos al niño suficiente libertad de acción, éste abandonará espontáneamente su egocentrismo y se inclinará con todo su ser hacia la cooperación; *el adulto, en cambio, actúa la mayor parte del tiempo de manera de fortalecer el egocentrismo en su doble aspecto, intelectual y moral*» [pág. 188]. [Las bastardillas son mías].

Si bien coincido plenamente con Piaget cuando afirma que ciertos tipos de conducta del adulto fomentan el egocentrismo infantil, dudo de que el niño pueda emerger de esta etapa y orientarse de manera espontánea hacia la autonomía. La reciprocidad y la autonomía son valores complejos correspondientes a las relaciones humanas, y también se los debe enseñar [Gouldner, 1960]. Claro está que la enseñanza de estos valores no puede ser coactiva; es menester aplicarlos en la práctica, para que de esa manera sirvan como ejemplos que el niño habrá de emular.

Piaget señaló que la actitud coactiva o autocrática del adulto hacia el niño es una de las causas de su permanente subordinación en la vida. Si bien este factor podría incluirse en las reglas de desvalimiento descriptas antes, merece un estudio detenido. Estas influencias opresivas e infantilizadoras no se limitan, por supuesto, a la situación familiar. Por el contrario, son ubicuas y las encontramos en los medios educacionales, médicos, religiosos, etc. Hicimos notar ya que ciertas doctrinas religiosas favorecen el egocentrismo, antes que la cooperación y la autonomía. Hay muchos estudios acerca de las técnicas mediante las cuales la medicina y la psiquiatría estimulan la sumisión, la dependencia y el aniñamiento [Meerloo, 1955; Szasz y Hollender, 1956, entre otros]. Por importante que sea este tema para todo el campo de la medicina, es especialmente significativo para la psiquiatría, porque los pacientes psiquiátricos se sienten particularmente inseguros de su comportamiento social y moral. Como la conducta social tiene una influencia más específica y poderosa en nuestro sentido de la identidad que la enfermedad corporal, las limitaciones o restricciones de dicha conducta ejercen efectos psicológicos de mayor intensidad. Esto sólo es otra manera de decir que las limitaciones a la libertad impuestas por la vía social o interpersonal son aún más nocivas, por lo general, que aquellas debidas a la incapacidad física.

Se sabe desde hace mucho que la incapacidad física predispone a la enfermedad histérica. Freud [Breuer y Freud, 1893-1895, pág. 40] se refería a esto con el nombre de «obediencia somática»; Ferenczi [1916-1917] lo llamó «patoneurosis». Yo diría, en cambio, que la enfermedad física enseña al individuo cómo estar enfermo. Por consiguiente, nuestra propia enfermedad —y las respuestas de los demás ante ella, con la que se hallan inextricablemente entremezcladas— se convierten en un modelo, o una regla, que más tarde podemos optar por seguir o no. Desde este punto de vista, el concepto de «obediencia somática» llega a ser más general y podría llamárselo, con toda lógica, «obediencia psicosocial». Esta expresión alude al aprendizaje y el acatamiento de reglas que fomentan la dependencia, la coacción y el dominio por medio de la manifestación de signos de desvalimiento.

Estas reglas abundan en las situaciones religiosa, médica y educacional. Se presiona a quienes se hallan expuestos a ellas para que se adapten asumiendo las obligadas *posturas de desvalimiento* (v. gr., los pacientes internados en hospitales estatales, los candidatos a ingresar a institutos psicoanalíticos, etc.). Esto determina el desarrollo de la conducta que el sistema considera apropiada («normal»), pero que, en

potencia, no se ajusta a los criterios utilizados fuera de aquel. La resistencia a las reglas puede tolerarse en mayor o menor medida en diferentes sistemas, pero, sea como fuere, tiende a que el individuo choque con el grupo. Por consiguiente, la mayoría de las personas, en vez de rebelarse, tratan de amoldarse y acatar las reglas. Otra posibilidad de adaptarse consiste en tomar conciencia de las propias reglas y su limitada pertinencia situacional. Ello permite que la necesaria adaptación a la situación se realice sin serios enfrentamientos con la sociedad, y asegura, al mismo tiempo, una buena dosis de libertad interna. Esto requiere un proceso de aprendizaje bastante complejo —esto es, aprender *acerca* del aprendizaje—, y también resistirse a la imposición de un rol, a pesar de la generosa recompensa que uno pueda recibir por aceptarlo.

Al llegar a este punto, podríamos preguntarnos qué conexiones existen —si las hay— entre las consideraciones precedentes y los problemas planteados por la histeria y la enfermedad mental. Creo que hay una estrecha relación entre historia política, ética y psiquiatría, porque cada una de estas disciplinas se interesa por el problema de los valores sustentados por el hombre. La historia política carece de sentido si no se toman en cuenta las preferencias humanas con respecto a los asuntos sociales. Esto plantea problemas como, por ejemplo, determinar si los hombres asignan valor a la creencia de que sus gobernantes tienen una relación de parentesco con Dios, o si prefieren que los gobierne un rey que goce de gran poder personal, un cuerpo colegiado, etcétera.

La ética se ocupa directamente del estudio de los valores, en el sentido tanto empírico como normativo [Perry, 1954; Pepper, 1958]. La relación de la psiquiatría con la ética y la política fue, hasta hace poco, algo oscura. Empero, si entendemos que la psiquiatría estudia la conducta humana, resulta innegable que su relación con la ética y la política es muy íntima. En realidad, en las cinco partes de este libro ilustramos dicha relación recurriendo a diversos ejemplos. Con respecto al problema de la histeria y la enfermedad mental, podríamos subrayar las conexiones entre la ética y la psiquiatría formulando estas preguntas: ¿*Qué tipo de relaciones humanas y de pautas de dominio valora la llamada persona histérica*? O, *si lo expresamos en forma algo distinta: ¿En qué tipo de juego (social) desea participar esa persona? ¿Cuál es el tipo de conducta que, a su juicio, debe desarrollar para jugar bien y ganar?*

Antes de responder a estos interrogantes, es indispensable investigar de modo aún más exhaustivo la naturaleza de los juegos. Esto exige, a su vez, realizar una clasificación lógica de los mismos, similar a la que utilizamos en el caso de los lenguajes.

Jerarquía lógica de los juegos

Hasta ahora, al referirnos a los juegos supusimos que todos eran, en cierto modo, de la misma especie. Este supuesto ya no satisface nuestros propósitos. Creer en la existencia de esa similitud entre los juegos sería tan poco útil como suponer que todos los enunciados hechos en inglés son esencialmente similares. No obstante, esta posición se justifica desde el punto de vista lingüístico o filológico, aunque no ocurre lo mismo si trabajamos con una perspectiva lógica o semiótica. Sin utilizar la distinción entre lenguaje objetal y metalenguaje, es imposible llegar a comprender en forma científica los procesos comunicacionales. Con el fin de profundizar nuestra comprensión de la conducta de participación en un juego, será indispensable construir una jerarquía lógica de los juegos, similar a la de los lenguajes.

Como los juegos se componen, entre otras cosas, de trozos de acción comunicacional, no es extraño que resulte fácil construir una jerarquía de juegos análoga a la jerarquía de lenguajes. Las palabras o signos lingüísticos señalan referentes. Estos pueden ser objetos materiales, otras palabras o complejos sistemas de signos. De modo similar, los juegos están compuestos por sistemas de reglas que indican determinados actos. La relación de las reglas con los actos es la misma que guardan las palabras con los referentes. Por consiguiente, los juegos cuyas reglas indican la serie más simple posible de actos coherentes (o pautados) pueden definirse como juegos objetales. Los juegos que se componen de reglas que apuntan o se refieren a otras pueden llamarse metajuegos. Las pautas de la llamada conducta instintiva son ejemplos típicos de juegos objetales. Las metas de estos juegos son la supervivencia física, la descarga de la tensión urinaria, anal o sexual, etc. En consecuencia, la participación en juegos objetales no se limita a los seres humanos. Para los médicos, la inmovilización refleja de una extremidad herida ilustra un paso en un juego objetal.

Es evidente que los elementos de conducta aprendidos, característicos del ser humano, se hallan por entero en el nivel de los metajuegos. Entre los ejemplos de metajuegos del primer nivel podemos mencionar las reglas que determinan dónde se puede orinar y dónde no, cuándo hay que comer y cuándo no, etc. Los juegos ordinarios o convencionales, como el *bridge*, el tenis o el ajedrez, constituyen mezclas de metajuegos más o menos complejos. Examinaremos algunos juegos corrientes con el fin de introducirnos en el análisis de la histeria según un modelo de juego.

Estructura de los juegos corrientes

Apliquemos los conceptos de jerarquía de juegos al análisis de un juego corriente, como el tenis. Este juego, al igual que muchos otros, se caracteriza ante todo por poseer una serie de reglas básicas, que especifican el número de jugadores, el trazado de la cancha, la naturaleza y el uso de raquetas y pelotas, etc. Aunque estas reglas son

básicas para el tenis, se las podría considerar metarreglas. En otras palabras, las reglas básicas del tenis codifican un metajuego con respecto a algunos juegos más simples —desde el punto de vista lógico— atinentes al arreglo y trazado de las canchas, la colocación de redes, la utilización de raquetas, etc. Sin embargo, cuando jugamos al tenis no tomamos en cuenta los juegos situados en niveles inferiores al juego básico. Estos juegos de infratenis son significativos solo para quienes aspiran a jugar al tenis, pero no pueden hacerlo por diversas razones, como carecer de dinero suficiente para adquirir el equipo requerido. Para ellos, las reglas del juego de vivir necesarias para que una persona se halle en condiciones de jugar al tenis pueden ser muy importantes.

Si comenzamos por el nivel de las reglas básicas —es decir, si suponemos la presencia de jugadores, canchas, equipos, etc.—, comprobamos que un juego de tenis ajustado a la realidad implica mucho más que lo que podría incluirse en las reglas básicas. Esto se debe a que el tenis puede jugarse de más de una manera, respetando, no obstante, las reglas básicas. Estas ofrecen tan solo una estructura o marco mínimo dentro del cual los participantes pueden actuar con amplia libertad: un jugador quizá desee ganar a toda costa el juego, otro estará más interesado en jugar manteniendo un determinado estilo, y un tercero considerará que lo más importante es el juego limpio [Dawkins, 1960], Cada una de estas técnicas implica regías que especifican: 1) que para jugar al tenis es menester seguir las reglas A, B y C, y 2) cómo debe comportarse el jugador mientras cumple estas reglas. Podría decirse que estas constituyen las reglas del «metatenis», aunque debemos tener presente que en el lenguaje cotidiano el término «tenis» se utiliza para denotar todas las reglas del juego (ya que este se juega conforme a las expectativas de un determinado grupo social). El hecho de que los juegos corrientes se puedan jugar de varias maneras —es decir, que contienen juegos de distintos niveles lógicos— es bien conocido, y plantea conflictos siempre que se enfrentan diferentes tipos de jugadores. Cuando juegan al tenis dos jóvenes que participan con pasión en el cotejo, considerándolo una competencia, el juego se estructura de modo que el triunfo es el único objetivo que ambos persiguen. Las consideraciones de estilo, juego limpio, estado físico y todo lo demás, se subordinan a esa meta. En otras palabras, juegan para ganar a cualquier precio. Los jugadores tratan de alcanzar esta meta ajustándose a las reglas básicas del juego, como colocar los tiros dentro del área correspondiente, servir desde la posición adecuada, etc. Evitan violar reglas cuya desobediencia implicaría la aplicación de penalidades establecidas, ya que ello comprometería sus probabilidades de triunfo. Podemos considerar que esta situación constituye el primer nivel del juego de tenis.

Sería posible distinguir luego un nivel superior de tenis —un «juego de metatenis», por así decirlo—, el cual contiene, además de las reglas básicas, un nuevo conjunto de reglas que atañen a estas últimas, y que podrían incluir reglas relativas al estilo, el tempo del juego, etc. Cabría especificar reglas aún más complejas, relacionadas, por ejemplo, con la cortesía hacia el contrincante, o las actitudes hacia

el árbitro y los espectadores. Jugar de acuerdo con las reglas de los niveles más altos (metarreglas) implica dos cosas. Primero, que los jugadores se orientarán hacia el cumplimiento de un nuevo conjunto de reglas, el cual no reemplaza al antiguo grupo de reglas, sino que lo complementa. Segundo, que al adoptar nuevas reglas, adoptan también nuevas metas —p. ej., desarrollar un juego limpio, o un estilo elegante, en vez de limitarse a ganar a toda costa—. Es importante advertir que las metas del juego básico y las del juego de nivel superior pueden llegar a oponerse, aunque no es forzoso que esto ocurra. La adhesión a los objetivos («ética») y reglas del juego de nivel superior suele implicar que sus reglas y metas privan sobre las del juego básico. En otras palabras, para un inglés bien socializado, es preferible —es decir, más gratificante en relación con los espectadores y su propia autoimagen— ser un «buen perdedor» que un «mal ganador». Pero, si esto es cierto, como en realidad lo es, el uso cotidiano de las palabras «perdedor» y «ganador» *ya no hace justicia a lo que queremos decir*: cuando decimos que Juan es «buen perdedor», sobre todo si lo comparamos con su oponente, considerado «mal ganador», queremos significar que Juan perdió el juego básico (de tenis o de boxeo, por ejemplo), pero ganó el metajuego. Mas no podemos decir nada parecido a esto mediante el lenguaje corriente —salvo si recurrimos a un circunloquio (v. gr., «Juan desarrolló un buen juego, pero perdió»)—, ya que la palabra «juego» oculta esta distinción.

La vida cotidiana como mezcla de metajuegos

La vida y las relaciones humanas cotidianas ofrecen muchas situaciones que, en esencia, son similares al ejemplo bosquejado más arriba. *Los hombres actúan siempre según conductas que implican complejas mezclas de varios niveles lógicos de juegos*. Si no aclaramos los juegos específicos en que participan los hombres, ni determinamos si los juegan bien, mal o en forma neutra, tendremos pocas probabilidades de comprender «qué pasa», o de modificar lo que ocurre.

En este examen de la conducta como participación en un juego se utilizaron algunas ideas postuladas inicialmente por Russell en su análisis de los tipos lógicos. Antes de exponer en pocas palabras la teoría de Russell, señalaremos los problemas que nos obligan a realizar este análisis, en nuestra condición de psiquiatras o investigadores de la conducta humana.

Habría que preguntar, una vez más, a qué reglas se ajusta el hombre en su vida diaria. La red metafórica implícita en esta pregunta es tan amplia que lo abarca casi todo. Supongamos, por lo tanto, que ese interrogante se refiere a un hombre sencillo. Solo nos interesan las reglas vitales básicas, o, por lo menos, una versión de ellas. Según este punto de vista «simple» acerca de la vida, el hombre fue creado por Dios. Su conducta está gobernada por las enseñanzas morales (religiosas) de su fe. Por consiguiente, se podría decir que las reglas bíblicas encarnan (por lo menos, una

versión de) las reglas básicas del juego de la vida social. Desde esta perspectiva cabría comparar los Diez Mandamientos con las instrucciones que uno recibe cuando adquiere un nuevo utensilio o instrumento. Ellas indican al comprador qué reglas debe seguir para obtener los beneficios que ofrece dicho artículo. Si hace caso omiso de las instrucciones, tendrá que sufrir las consecuencias. Si ocurren desperfectos, por ejemplo, la garantía del fabricante sólo entrará en vigor si el utensilio se usó en forma correcta o adecuada. Aquí tenemos una analogía perfecta para la enfermedad legítima (el defecto de fabricación), en contraste con el pecado u otros tipos de enfermedades inadmisibles (mal uso del utensilio o instrumento). Los Diez Mandamientos —y las enseñanzas bíblicas en general— establecen reglas que el hombre debe cumplir si desea obtener los beneficios que ofrece el «fabricante» del juego de la vida (Dios). La naturaleza específica de las recompensas solo es pertinente con respecto a la opción entre diversos juegos. Una vez que la persona comienza a participar en un juego, resulta lícito suponer que se esforzará por acrecentar al máximo sus beneficios y disminuir sus pérdidas, de conformidad con las reglas. En el caso de los juegos de la vida real, la situación es algo más compleja. Sucede a menudo que las reglas del juego indican al jugador que, para «ganar», es necesario «perder». De acuerdo con esto, ¿pierde cuando gana, o gana cuando pierde? Esta pregunta recuerda la clásica paradoja de Epiménides, el cretense, quien afirmó: «Todos los cretenses son mentirosos». Al decir esto, ¿mentía o decía la verdad? Russell fue el primero que esclareció este problema [1908].

Recordemos, con respecto a esto, algunos preceptos bíblicos examinados en el capítulo 11, como estas dos reglas para «vivir dignamente»; 1) «Bienaventurados los mansos, porque ellos poseerán la tierra» [Mateo 5:4]; 2) «Bienaventurados los que padecen persecución por causa de la justicia, porque de ellos es el reino de los cielos» [Mateo 5:10]. Creo que estas reglas se apoyan en un supuesto básico, a saber: *sucede* que algunas personas son mansas, y otras, perseguidas. Una analogía, correcta desde la perspectiva lógica, sería tirar una pelota que sale fuera de la cancha en un partido de tenis. Suponemos, en forma tácita, que ser mansos y lanzar un tiro perdedor son ocurrencias que no se han buscado de manera intencional. Pero ¿es así? ¿O podría no serlo? ¿Qué ocurriría si decidiésemos recompensar al jugador que pierde un partido de tenis? Si uno de los jugadores tuviera conocimiento de ello, sería perfectamente razonable que tratara de «perder», pero ¿podríamos seguir llamando a esto «perder el juego»?

Igual situación existe en el caso de la mansedumbre. En tiempos de Cristo, como ocurre en gran medida en nuestros días, los individuos agresivos tendían a aventajar a sus vecinos menos belicosos. Las reglas éticas surgieron, en apariencia, como resultado del esfuerzo por implantar lo que los ingleses llaman juego limpio. Esto complicó muchísimo las cosas, pues dio lugar a la creación de juegos de niveles cada vez más altos.

Estas consideraciones nos remiten de nuevo a un tema que examinamos en

relación con el juego de tenis, y subrayan la observación de que en los preceptos religiosos, los juegos, las personificaciones e innumerables acontecimientos de la vida cotidiana enfrentamos fenómenos que son incomprensibles si no los analizamos en función de una jerarquía de juegos. Con el fin de esclarecer aún más la lógica de estas jerarquías, examinaremos ahora la teoría de Russell acerca de los tipos lógicos.

La teoría de los tipos lógicos de Bertrand Russell

En 1908, Bertrand Russell formuló las ideas fundamentales de esta teoría en un ensayo titulado «Mathematical Logic as Based on the Theory of Types», que formó parte del primer volumen de *Principia mathematica* [1910], por Whitehead y Russell. El *insight* fundamental de Russell consistió en afirmar que *existe siempre una diferencia (lógica) entre las cosas que constituyen una clase y la clase misma*. En otras palabras, hay una *discontinuidad lógica entre una clase y sus miembros constituyentes*. Esta regla lógica deriva de —y presupone— lo que Russell [1908] llamó «jerarquía de los tipos». Se define al *tipo* «como el rango de significación de una función proposicional, es decir, como el conjunto de argumentos para los cuales la mencionada función tiene valores (…) Es necesario realizar la división de los objetos en tipos, pues de lo contrario surgirían falacias *reflexivas*» [pág. 75].

Para Russell, «falacias reflexivas» eran las mismas clases de problemas lógicos que surgen en la vida cotidiana con respecto al acatamiento de reglas. Puesto que el hombre se caracteriza por ser autorreflexivo y utilizar signos, se infiere que no solo es capaz de denotar objetos con signos, sino que también lo es para denotar signos mediante otros signos de niveles más altos. De igual manera, tiene capacidad mental para elaborar reglas, y, además, reglas de reglas, y reglas acerca de reglas de reglas, *y así ad infinitum. Es necesario, pues, distinguir varios niveles* dentro de determinadas *jerarquías* (de lenguajes, reglas, o juegos). En 1922, Russell aplicó en forma explícita los principios de la teoría de los tipos a la lógica de los lenguajes. Como resultado, se establecieron conexiones hasta entonces insospechadas entre la matemática, la lógica, la lingüística, la filosofía y, por último, la psiquiatría y el estudio de la conducta social[5].

La paradoja clásica de Epiménides es típica de la clase de problemas que encontramos cada vez que pasamos, inconscientemente, de un nivel de lenguaje lógico a otro. El propio Russell usó este ejemplo muchas veces en sus discusiones referentes a la teoría de los tipos. En *The Philosophy of Logical Atomism* [1918] expuso su análisis más lúcido de este dilema:

«Podría mencionar también otra contradicción de esta naturaleza, la más antigua: la afirmación de Epiménides de que "todos los cretenses son mentirosos". Epiménides fue un hombre que durmió durante sesenta años seguidos, y creo que final de esa

siesta hizo la observación de que todos los cretenses eran mentirosos. Esto se puede expresar así, de manera más simple: si un hombre afirma "estoy mintiendo", ¿miente o no, en realidad? En caso afirmativo, declaró que estaba haciendo eso, de modo que dice la verdad y no miente. Si, por el contrario, no miente, es evidente que dice la verdad cuando afirma que está mintiendo y, por lo tanto, miente, puesto que dice verdaderamente que eso es lo que está haciendo (…) *En realidad, el hombre que dice "estoy mintiendo" no hace otra cosa que aseverar "estoy afirmando una proposición, la cual es falsa". Esto es, quizá, lo que queremos significar cuando hablamos de mentir (…) De aquí se infiere que la palabra "proposición" —tal como solemos intentar usarla— carece de sentido, que debemos dividir las proposiciones en grupos y podemos hacer afirmaciones acerca de todas las proposiciones de un determinado grupo, pero esas proposiciones no serán miembros del grupo*» [págs. 262-63]. [Las bastardillas son mías].

Otra manera de expresar la tesis de Russell sería esta: cuando afirmamos que «el señor A miente», expresamos una afirmación incompleta, a menos que especifiquemos la aseveración hecha por el señor A, que consideramos una mentira. En el lenguaje corriente encontramos con frecuencia afirmaciones incompletas. Por lo general, se las considera más significativas o sensatas que lo que en realidad son. Black [1951] sugirió que el «principio capital de la teoría de los tipos [en cuanto es aplicable al lenguaje corriente] consiste en afirmar que frases impecables desde el punto de vista *gramatical* son, a menudo, criptodisparates generados por la tendencia a sustituir, en el mismo contexto, palabras que, si bien concuerdan en la forma gramatical, difieren en la forma lógica» [pág. 234]. La característica distintiva de tales afirmaciones es que el sujeto que habla supone tácitamente cómo debería completarse su frase inconclusa, y espera que el oyente la complete de manera correcta. La publicidad moderna ofrece buenos ejemplos de afirmaciones incompletas, como en este aviso: «¡Los Buick son mejores!». No se nos dice mejores que *qué*, pues se supone que completaremos la frase con los nombres de las marcas de automóviles competidoras.

De igual modo, ocurre con frecuencia que quienes participan en un juego o en una determinada situación comunicacional conocen, o suponen en forma correcta, cuáles son las reglas del juego. Cuando los psiquiatras hablan, por ejemplo, de una «parálisis histérica», dan por sentado que otros psiquiatras aceptan ciertas reglas básicas que rigen el uso de los miembros.

La confusión surge cuando diferentes actores que participan en el drama de la vida real actúan de acuerdo con grupos de reglas distintos, en tanto presumen que representan el mismo libreto. Este es, a mi juicio, el descubrimiento básico hecho por Freud acerca de lo que denominó «trasferencia». Freud observó que los pacientes se comportaban como niños que interactuaban con sus padres, mientras que, en realidad, enfrentaban como adultos a sus médicos [Berne, 1957, 1958]. Era como si se les

pidiera que actuasen en una obra escrita por Shakespeare y empezaran a recitar versos de otra pieza escrita por Sófocles. Y, entretanto, los pacientes (actores) ignoraban que esa no era la obra cuyos versos debían recitar [Grinker, 1959].

Si enfocamos los problemas vivenciales desde este punto de vista, resulta claro que muchas de las cosas que se conocen con los nombres de «crecer», «ser una persona sofisticada», «estar en tratamiento psicoanalítico» son todos procesos que comparten una característica significativa: la persona aprende que las reglas del juego, y el propio juego en el que participa, no son necesariamente iguales a los que juegan otras personas que la rodean. Aprende, de este modo, que existe la posibilidad de que otros no se interesen en participar en el juego que, por su parte, persigue con tanta ansiedad, o que, si demuestran algún interés en él, prefieren introducir modificaciones en las reglas. Por lo tanto, a menos que la persona encuentre a otros que jueguen su mismo juego ajustándose a sus propias reglas —o deseos, y sea capaz de obligar a los otros a aceptar la vida según los términos que ella dicta—[6], tendrá que optar entre tres alternativas.

La primera consiste en acatar las reglas coactivas de la otra persona, aceptar la postura sumiso-masoquista ofrecida [Bieber, 1953].

La segunda alternativa implica renunciar cada vez más a las actividades compartidas en el plano social y refugiarse en algunos juegos más o menos idiosincrásicos. Estas actividades se pueden rotular como científicas, artísticas, religiosas, neuróticas o psicóticas, de acuerdo con diversos criterios, en general mal definidos. No nos interesa examinar aquí la naturaleza de estos criterios, pero es conveniente hacer notar que el problema de la *utilidad social* parece desempeñar un papel significativo. Esto plantea, a su vez, problemas adicionales: ¿Para quiénes (es decir, para qué personas) y en qué momento (de la historia) es útil un determinado juego?

La tercera alternativa consiste en conocer nuestros propios juegos, así como los de otros, y en tratar de llegar a un acuerdo mutuo. Se trata de una empresa ardua, que muchas veces, y, en el mejor de los casos, solo puede redituar resultados parcialmente satisfactorios. Su principal recompensa reside en garantizar la integridad y dignidad de nuestra propia persona y de todos aquellos con quienes interactuamos. Empero, las dificultades son tan grandes que no debe extrañarnos si muchos prefieren medios más fáciles para alcanzar fines que consideran más gloriosos.

14. Codificación de las reglas del juego: Los problemas de la personificación y el engaño

«Y aunque cada mujer se vista de acuerdo con su condición, también estamos ante un juego. El artificio, como el arte, se ubica en el dominio de lo imaginario. No solo el cuerpo y el rostro se hallan enmascarados por la faja, el corpiño, las tinturas y el maquillaje, sino que aun la mujer menos sofisticada, una vez que se ha "arreglado", no se ofrece ella misma a la percepción: como el cuadro o la estatua, o el actor en el escenario, es un intermediario a través del cual se sugiere un sujeto ausente —el personaje que ella representa, pero que no es». Simone de Beauvoir, 1953 [pág. 533].

Una vez consideradas la fenomenología y la estructura lógica de los juegos como paradigmas de pautas organizadas de intercambio social, podemos volver a examinar el problema del engaño. Es conveniente tener en cuenta que, al iniciar este estudio, enfocamos el fingimiento y la histeria —aunque en forma provisional— como tipos específicos de engaño. Procederemos ahora a ampliar y refinar esta tesis. Podríamos preguntar qué ocurre cuando alguien sostiene que está jugando un determinado juego, pero no cumple sus reglas; o, expresado en términos más precisos, qué ocurre cuando una persona afirma que está jugando el juego *A*, pero se descubre, a través de la observación, que sigue las reglas del juego *B*. En este caso, hay dos posibilidades distintas. La primera es que el jugador tenga la certeza de estar jugando el juego *A*, aun cuando no sea así. Esto puede ser resultado de la incapacidad para diferenciar el juego *A* del *B*. La segunda posibilidad es que se trate de un engaño deliberado. Esto quiere decir que el sujeto conoce perfectamente las reglas del juego *A*, pero opta por ignorarlas, esperando que sus probabilidades de triunfo aumenten. Es significativo que este jugador no haya desistido de participar en el juego *A*, ya que continúa empeñado en alcanzar su meta final, o sea, ganar. Resuelve, simplemente, modificar las reglas, pero mantiene en secreto este cambio. *Esta falta de codificación de las nuevas reglas es, quizá, la característica más distintiva del engaño*, lo cual subraya la importancia fundamental de la divulgación pública de las reglas del juego.

En resumen, los juegos se caracterizan por estas propiedades: 1) Un conjunto de reglas que confieren una identidad específica al juego. 2) La expectativa de que los jugadores se ajustan, voluntaria o involuntariamente, a las reglas. 3) El hecho de que los juegos son acontecimientos sociales o interpersonales. Para iniciar un juego se requieren dos o más jugadores[1]. Hacemos notar, por lo tanto, que el punto de vista corriente de que los juegos —en especial, los deportes o juegos competitivos— son manifestaciones agresivas y disociadoras de lo social, es falso. Sin negar las características agresivas —en el sentido de «competitivas»— de algunas actividades lúdicras, quisiera recalcar la enorme importancia de los juegos como medio de unir a

la gente en un esfuerzo común. Participar de buena fe en un juego implica considerar seriamente a los compañeros, adversarios e integrantes del equipo. Los juegos son, por consiguiente, paradigmas de participación humana. El distanciamiento, la desvinculación de las relaciones humanas, podría analizarse en función de la actitud de no participar en un juego o de adoptar el rol de espectador que sólo observa el drama humano de la vida, pero no participa en él. Esta maniobra tiene considerable significación en nuestra cultura contemporánea. Otros investigadores analizaron el problema en términos de la alienación del hombre con respecto a sí mismo y a quienes lo rodean [Fromm, 1947; Horney, 1950], como un estado fronterizo [Knight, 1953; Schmideberg, 1959], o una crisis de la identidad [Erikson, 1956].

Los hechos que examinaremos en este capítulo podrían conceptualizarse de varias maneras —v. gr., como engaño, enfermedad, estupidez o pecado—. Al analizar los fenómenos de acuerdo con el modelo de la conducta como juego, será posible introducir orden y armonía en fenómenos que parecen tan diversos e inconexos, como la mentira, el error, la trampa, el fingimiento, el síndrome de Ganser y la impostura.

El concepto de personificación

Puesto que el hombre es un ser caracterizado por la adopción de roles y el acatamiento de reglas, no es extraño que la conducta humana se preste tan bien al análisis basado en el modelo de la conducta de participación en un juego. Esto no es un descubrimiento. Por el contrario, constituye uno de nuestros postulados básicos. Trataré de aplicar este modelo conceptual a observaciones de interés psiquiátrico y demostrar su utilidad.

Es lógico tomar la personificación como punto de partida cuando examinamos, de manera específica, la *violación de los juegos*. La personificación se refiere a una amplia clase de acontecimientos caracterizados por la adopción del personaje o rol social de otra persona. La personificación es, evidentemente, un hecho ubicuo. Como tal, no constituye un problema psiquiátrico específico, sino que concierne a personas de variada condición. Esto se manifiesta en el hecho de que el lenguaje cotidiano —en nuestro caso, el inglés— posee gran cantidad de palabras para designar distintos tipos de personificación. Podemos designar al personificador con estos términos: charlatán, impostor, embaucador, falsificador, estafador, espía, traidor, y muchos otros. Solo dos tipos de personificadores —el simulador y el histérico— merecen el especial interés de los psiquiatras. Al organizar nuestras observaciones de este modo, subrayamos una vez más que no es necesario considerar que el fingimiento, la histeria y otros fenómenos psiquiátricos son enfermedades; sería mucho más fructífero, en cambio, enfocarlos como casos de personificación especiales.

Se impone ahora definir la personificación. Según el diccionario Webster, personificar es «adoptar el rol o representar el papel de una persona o del personaje

de…». Esta definición plantea de inmediato algunos problemas interesantes, ya que si la conducta de adopción de roles es universal, ¿cómo distinguimos la adopción de roles (p. ej., en el sentido postulado por Mead) de la personificación (según el uso corriente del término)? Si bien una respuesta general a esta pregunta dista de ofrecer tanta información como una respuesta dada a una situación específica, la diferencia esencial entre estos dos conceptos reside en que *la adopción de roles* (role-taking) *designa el desempeño consecuente u «honesto» del rol, dentro de los límites del juego específico, mientras que la personificación alude a la arrogación* (assumption) *pretendida del rol, puesta de manifiesto por el desempeño inconsecuente o «deshonesto» de este*. Adoptar el rol de «vendedor», por ejemplo, y abordar a otra persona como presunta «compradora», implica que el vendedor es dueño de los artículos que ofrece en venta, o que está autorizado para actuar en nombre del propietario. Cuando una persona vende algo que no posee, personifica el rol del comerciante honesto y se lo llama «estafador».

Como la adopción de roles es una característica universal de la conducta humana, es indudable que casi toda forma de acción puede «interpretarse» como una forma de personificación. Se podría decir, por ejemplo, que el personaje de Don Juan personifica (su idea de) la virilidad voluble; el travestista personifica el rol social y las funciones sexuales de un miembro del sexo opuesto; en la neurosis de trasferencia, el paciente se personifica a sí mismo como niño. La lista podría continuar *ad infinitum*.

La personificación en la infancia

Los niños pasan gran parte de su infancia personificando a otras personas. Juegan a ser bomberos, médicos, enfermeras, mamás, papás, maestros, etc. Puesto que la identidad del niño se define en términos sobre todo negativos —se le prohíbe actuar, o se lo incapacita para representar en algunos sentidos—, es inevitable que trate de cumplir roles por medio de la personificación. El verdadero rol social o identidad del niño es, por supuesto, ser niño. Pero, en una cultura orientada hacia lo científico e instrumental, y no hacia la tradición y la relación familiar, ser niño tiende a significar, en gran medida, que este es incapaz de actuar en determinados sentidos. Por lo tanto, podemos considerar que la infancia es una forma de «incapacidad»[2]. Cabría inferir que los niños pueden pensar exactamente lo mismo acerca de su propio status, en vista de su creciente tendencia —sobre todo desde la pubertad— a imitar los aspectos externos de los roles adultos. Los adolescentes personifican con toda seriedad a los adultos, y en el curso del proceso se convencen a menudo de la autenticidad de sus roles arrogados.

Prestemos atención de nuevo a la personificación que realizan los niños pequeños de cuatro a diez años. Los observadores —es decir, los adultos— no encuentran

dificultades para reconocer, en estas actividades infantiles, a la presunta figura personificada por el niño. Esto se debe a que el niño que juega a ser médico o enfermera plantea una tarea cognitiva tan simple que cualquier adulto —a menos que sea imbécil— puede dominarla. El tamaño del niño —su pequeñez— es el factor que contribuye, en gran medida, a darle identidad. Comparemos este caso con un ejemplo tomado del mundo de los adultos: un psicólogo que hace psicoterapia. Para muchas personas, el psicólogo será indistinguible del «médico». El punto esencial que quiero subrayar es que, para distinguir a los psicoterapeutas médicos de los no médicos, se necesita poseer un caudal de información bastante grande. En esta esfera no podemos confiar en el tamaño de la persona, en el color de su piel, o en otras características igualmente fáciles de determinar para diferenciar entre las categorías *A* y *B*.

La personificación es, pues, una característica constante de la infancia. Los conceptos de imitación, identificación y aprendizaje se refieren tanto a la personificación como a lo que podrían considerarse partes de esta. Este breve estudio de la personificación en la infancia tuvo el único propósito de remarcar su ubicuidad y hacer notar la facilidad con que se establece la identidad del rol básico del niño (según lo consideran los demás). Esta identidad facilita mucho a los observadores adultos la tarea de diferenciar los roles. El problema de la personificación satisfactoria surge después de la pubertad y una vez que se cumple la maduración fisiológica.

Algunos investigadores psiquiatras y psicoanalistas [v. gr., Abraham, 1925] fueron incapaces de distinguir entre la clase general de hechos llamados personificaciones y determinados miembros de esta clase; por ejemplo, los impostores. Helene Deutsch [1942, 1955], en particular, confundió o equiparó al impostor con el personificador. Algunas observaciones suyas se aplican a la impostura, otras, a la personificación, como lo demuestra la siguiente cita [H. Deutsch, 1955]:

«El mundo está lleno de personalidades que actúan “como si” fueran alguna otra persona, y, más aún, de impostores o simuladores. Desde que empecé a interesarme por el impostor, este me persigue por todas partes. Lo encuentro entre mis amigos y conocidos, y también en mí misma. La pequeña Nancy, una preciosa chiquilla de tres años y medio, hija de una amiga mía, da vueltas por todos lados, con un aire de gran dignidad y las manos fuertemente apretadas. Cuando le preguntamos qué significa esa actitud, la niña explica: “Soy el ángel guardián de Nancy y estoy cuidando a la pequeña Nancy”. El padre le preguntó cómo se llamaba el ángel guardián. “Nancy”, fue la orgullosa respuesta de esta pequeña impostora» [pág. 503].

Creo que la observación de Deutsch, de que el mundo está lleno de gente que actúa «como si» fuera otra persona, es correcta. Alired Adler [1914] subrayó también este fenómeno y lo denominó «mentira de la vida». Con respecto a esto, debemos

mencionar el importante trabajo de Vaihinger, *The Philosophy of «As If»* [1911], que influyó de modo significativo en las teorías psicológicas de Freud y de Adler. El punto que debemos subrayar es este: no todos los personificadores son impostores, aunque todos estos son personificadores. Deutsch, al considerar la personificación —que llamó, en forma equivocada, impostura—, citó ejemplos de la conducta infantil. Personificar a otros es inevitable en los niños, ya que en el plano social se los define como *nulidades*. En sus conclusiones, Deutsch [1955] consideró que la esencia de la impostura consistía en mentir, «al aparentar que en realidad somos lo que nos gustaría ser» [pág. 504]. Esto no es más que una reafirmación del deseo característico del ser humano de parecer mejor que lo que es. Empero, no es una definición correcta de impostura, la cual implica la adopción falaz de un rol para obtener beneficios personales. La personificación es un término más neutro desde el punto de vista ético; como clase contiene, desde ese punto de vista, tipos objetables e inobjetables de roles pretendidos.

El deseo de ser mejor o más importante que lo que uno es suele manifestarse con mucha fuerza en los niños, por supuesto, o en las personas que son —o se consideran — inferiores, oprimidas o frustradas[3]. Estas personas tienen mayor tendencia a recurrir a diversos métodos de personificación [Crichton, 1959*a*, 1959*b*]. Por el contrario, quienes han realizado sus aspiraciones —o, en otras palabras, aquellos que están satisfechos con las definiciones y logros de sus verdaderos roles— se mostrarán poco dispuestos a pretender que son otra persona. Están contentos consigo mismos y, en consecuencia, no necesitan mentir acerca de su personalidad. Pueden darse el lujo de decir la verdad acerca de sí mismos.

Diversas clases de personificación

La mentira

El ejemplo de personificación más simple y mejor comprendido es la mentira. Este término se suele utilizar en relación con las comunicaciones verbales o escritas. Entra en juego solo cuando se supone que los comunicantes se han comprometido a decir la verdad. Por lo tanto, el término «mentira» sólo se puede usar en forma significativa en situaciones donde las reglas del juego ordenan ser veraces. Este caso se presenta a menudo en las relaciones humanas cotidianas, y sobre todo en aquellas que implican una proximidad, como el matrimonio y la amistad. El perjurio es un tipo especial de mentira, dicha en un tribunal de justicia por la persona que ofrece testimonio. Aquí, las reglas del juego se formulan de modo explícito; la mentira (perjurio) es susceptible de castigo por medio de sanciones puestas en vigor por la ley.

Las equivocaciones

Cometer un error, o equivocarse, es un tipo muy especial de personificación. Lo consideraremos a grandes rasgos debido a su importante relación con la mentira, por una parte, y con el problema de determinar si nuestros móviles son conscientes o inconscientes, por la otra. Sin abordar un estudie general del tema, nos limitaremos al caso de error mejor definido, a saber, el que se comete en la ciencia experimental. En cierto sentido, esta es una contraparte de la situación legal en que la falsedad equivale a la mentira y esta, a su vez, se considera perjurio. En un experimento científico típico, el objetivo es determinar si el resultado será X (el resultado previsto) o Y (otro resultado). El científico no pretende saber cuál será el resultado. Por el contrario, admite explícitamente la incertidumbre y formula nada más que una *predicción*. El carácter de ensayo y error de la experimentación implica que, si la predicción se cumple, decimos que fue verificada. Si el resultado observado difiere de la predicción, hablamos de «error» y de «falsificación» de la teoría. El error significa, aquí, que el resultado no fue previsto o anticipado, y es similar a la «equivocación» en que se incurre en la vida cotidiana. El antónimo de error o equivocación es predicción acertada o correcta, no verdad. Los conceptos de verdad y mentira, por una parte, y de acierto y error por la otra, se refieren a dos juegos diferentes.

La trampa

La trampa describe el hecho de desviarse de las reglas en situaciones codificadas de modo explícito como juegos. La trampa suele servir para incrementar de manera desleal o injusta las probabilidades de ganar. La palabra «trampa», además de usarse en sentido estricto —con referencia a los juegos de cartas, de tablero, etc.—, se utiliza también para describir actos de embuste e impostura de diversos tipos. A una persona la pueden «trampear» en una empresa comercial; un esposo puede ser «trampeado» por la esposa. La característica de estas situaciones reside en que, o bien las reglas del juego se hallan enunciadas en forma explícita y, por lo tanto, las conocen todos los interesados, o, si no están enunciadas, son, sin embargo, más o menos inequívocas. Se podrían formular fácilmente, si alguien quisiera hacerlo. El problema significativo consiste en conocer las reglas del juego. La máxima: «Ignorar la ley no es ninguna excusa», ofrece un excelente ejemplo. Esta regla básica de la legislación anglonorteamericana afirma que *es responsabilidad de toda persona adulta conocer en qué tipos de juegos le exige participar el Estado*. Por ende, ignorar la ley equivale a no ser una persona plenamente socializada.

Cuando no se conocen las reglas del juego, o el conocimiento que se tiene de estas es incierto —p. ej., en relación con la enfermedad o la política—, no hablamos por lo general de trampa; usamos, en cambio, palabras y conceptos como «histeria» o

«patriotismo». Puesto que muchos tipos de conducta humana pueden considerarse juegos, el alcance de la palabra «trampa» podría ampliarse en forma considerable. Al conceptualizar de esta manera algunos problemas psiquiátricos tradicionales, resulta evidente, a mi juicio, que muchos de ellos tienen poco —o nada— en común con las enfermedades físicas. Al mismo tiempo, se pone de manifiesto su similitud con otras formas de trampa.

El fingimiento

Trampear es personificar al jugador correcto. Fingir es personificar a la persona realmente enferma. Determinar qué constituye una enfermedad correcta depende, por supuesto, de las reglas del *juego de una enfermedad* particular. No nos interesa ahora ver cuáles podrían ser estas reglas, pues ya hemos considerado este problema. Queremos recalcar, en cambio, el elemento de conocimiento de las reglas. El individuo que nada conoce con respecto a las reglas del juego de la enfermedad no puede fingir. Esto es un axioma, y equivale a afirmar que la persona que ignora el valor de los cuadros de Picasso no podría tratar de vender un Picasso falsificado por una gran suma de dinero. Esto plantea aun el problema del autoengaño y el error.

Una persona podría creer realmente que padece una enfermedad física cuando no es así, y representarse a sí misma como enferma. Este caso es similar al de la persona que, sin saberlo, compra una buena imitación de Picasso creyendo que es un original, y luego trata de venderlo como si fuera un Picasso verdadero. Sin duda, existe una diferencia entre este hombre y el que pinta la imitación y la presenta como auténtica. Se suele usar el término fingimiento para aludir a este tipo de trampa deliberada, mientras que la histeria y la hipocondría se conceptualizan como una trampa inconsciente o no intencional. Mi propósito es describir el fingimiento y la histeria para ejemplificar la personificación. Existen dos maneras de determinar si esta es consciente y deliberada, o lo contrario. Primero, comunicándose con el sujeto; segundo, mediante inferencias basadas en su conducta general.

Histeria, hipocondría y delirios corporales

En la histeria, la hipocondría y los casos graves de delirios corporales (como en la esquizofrenia) encontramos ejemplos específicos de personificación. En la histeria, el paciente personifica el rol de una persona enferma, identificándose en parte con sus síntomas. Se supone, sin embargo, que no sabe que lo ha hecho. Cuando se dice que la persona histérica no puede permitirse conocer lo que está haciendo —pues si lo supiera, ya no lo haría—, se afirma, en realidad, que es incapaz de decirse a sí misma la verdad. Por el mismo motivo, tampoco es capaz de saber que está mintiendo. Debe

mentirse a sí misma y mentir a los demás. Esta formulación subraya la importancia de lo dicho antes acerca de la relación entre opresión y desvalimiento, por una parte, y el uso de la comunicación histérica y otros tipos de comunicaciones indirectas, por la otra. Decir la verdad es un lujo que poca gente puede darse. Este es un hecho que se suele olvidar a menudo. *Para poder ser veraz, el sujeto debe sentirse seguro, ser una persona adulta y vivir en un medio social que estimule, o por lo menos permita, la veracidad*. Tendemos a dar por sentado que en todas partes se fomentan y recompensan las comunicaciones veraces, y que la mentira y el engaño reciben su merecido castigo. Pero esto no refleja la situación real. Trataré de exponer y probar algunas condiciones que favorecen la trampa del tipo llamado histeria.

Además de la histeria de conversión, la hipocondría y los delirios corporales esquizofrénicos también constituyen ejemplos de personificaciones de la enfermedad somática, reconocidas en forma consciente. Así, se podría considerar que, cuando una persona tiene la certeza de que se está muriendo, o que ya está muerta, ella personifica el rol de muerto. En general, cuanto menor es el apoyo público que recibe la personificación, tanto menos autorreflexivo debe ser el sujeto para mantenerla. En realidad, el vago concepto de psicosis (según se lo suele utilizar) podría definirse como el rótulo atribuido a quienes se aterran de manera obstinada —proclamándolas en alta voz— a definiciones de roles que no reciben el apoyo de la mayoría.

El síndrome de Ganser

Este fenómeno [Ganser, 1898], que examinaremos en detalle más adelante, ocurre cuando un prisionero personifica el «rol de loco», quizá con el propósito de lograr una vida mejor que la que implica el trabajo forzado en un establecimiento carcelario. Se han suscitado muchas controversias psiquiátricas acerca de la naturaleza de esta supuesta enfermedad y su posible afinidad con el fingimiento, la histeria, o la psicosis [Arieti y Meth, 1959]. Creo que este problema debe examinarse en el marco de los juegos de la prisión más que de la enfermedad, y considerarse que se trata de una forma especial, extraordinariamente trasparente, de trampa.

La estafa

El estafador personifica un rol que, por lo general, inspira cierta confianza. A la larga, la persona que confía en él comprobará que cometió un error. El objeto de esta personificación es obtener algún beneficio personal, y la víctima no la reconoce abiertamente, aunque su propio yo y los demás pueden percibirla [Mann, 1954; Maurer, 1950], El impostor y el embaucador pertenecen a la misma categoría del estafador. Los «juegos de confianza» (estafas) se representan de tal manera que los

beneficios inmediatos para el personificador, y las pérdidas también inmediatas para quienes lo rodean, resultan evidentes, por lo menos en un examen retrospectivo.

La personificación teatral

En este caso, la personificación ocurre en un medio social especial que identifica, en forma explícita, la adopción de roles con la personificación. Por lo tanto, si un actor representa el rol de Abraham Lincoln, se informa al público, por medio de mensajes apropiados, que el hombre que se parece a Lincoln y habla como él sólo está adoptando el rol de este, con el fin de representar la pieza teatral. Se trata de un tipo de personificación muy especial, por cuanto todos los comunicantes saben que *es* una personificación. No obstante, tiene mucho en común con los otros tipos examinados.

No pretendemos ofrecer una lista completa de todas las clases de personificaciones conocidas. Sería imposible realizar una lista semejante, ya que existen tantas personificaciones como roles hay[4]. En esta esfera nos aproximamos al muy discutido tema de la identidad [Wheelis, 1958; Stein y otros, 1960] y a su mecanismo psicológico fundamental, la identificación [Greenson, 1954*a*, 1954*b*; Szasz, 1957*c*]. Descubrimos una preocupación similar en las concepciones analítico-existenciales, cuando tratan de examinar las *existencias auténticas e inauténticas*, es decir, cuándo un estado del ser es auténtico, o cuándo personificado [Ellenberger, 1958, págs. 118-19]. La existencia auténtica es un rol vital asumido de modo consciente y responsable, mientras que la inauténtica es un rol impuesto al individuo que lo acepta en forma pasiva, o sea, sin comprometerse. Es evidente, entonces, que existe una última relación entre los conceptos de existencia, rol y juego. Los actuales estudios psicoanalíticos acerca de la identidad, el enfoque analítico-existencial relativo a las pautas de vida auténticas y la investigación analítica de los juegos en la conducta humana se centran en determinados problemas comunes y en intentos similares para resolverlos.

El síndrome de Ganser

Este síndrome, considerado en general como una variante del fingimiento o la histeria, ofrece un excelente ejemplo de la necesidad de abandonar el marco de referencia médico-patológico en psiquiatría y reemplazarlo por un modelo de comunicación y de participación en un juego.

¿Qué es el síndrome de Ganser?

En 1898, el médico alemán S. Ganser describió lo que llamó un «estado crepuscular

histérico específico», cuyo principal síntoma identificó como *Vorbeireden*, designado más tarde con el nombre de *parologia* o síndrome de las respuestas aproximadas. Según Noyes [1956], este supuesto síndrome se caracteriza por las siguientes propiedades:

«Ganser describió un interesante tipo de *trastorno mental*, que se manifiesta a veces en prisioneros detenidos que esperan la iniciación del proceso. Se desarrolla sólo después de cometido el delito y, por lo tanto, nada dice acerca del estado psíquico del paciente en el momento de cometer la falta. En este *síndrome*, el *paciente*, acusado de actos por los cuales sería absuelto si fuese *irresponsable*, empieza a aparentar *irresponsabilidad, parece no tener conciencia del hecho*. Da la impresión de que es un individuo estúpido e incapaz de comprender las preguntas e instrucciones que se le dan. Sus respuestas se relacionan en forma vaga con las preguntas que se le formulan, pero el contenido es absurdo. Realiza diversas tareas sencillas y familiares de manera disparatada, o da respuestas aproximadas a preguntas muy simples. El paciente, por ejemplo, trata de escribir con el extremo sin punta del lápiz, o responde que 4 x 3 es 11. *Resulta tan obvio que el propósito de la conducta del paciente es parecer irresponsable, que el observador inexperto cree a menudo que el sujeto está fingiendo*» [págs. 505-06]. [Las bastardillas son mías].

Es menester advertir que a la persona que manifiesta este tipo de comportamiento se la clasifica de inmediato con el rótulo de «paciente», y a su conducta, con el de «trastorno mental»; pero ¿se demostró que está «enferma»? Wertham [1949], por ejemplo, clasifica este trastorno como fingimiento, en estos términos:

«La reacción de Ganser es una seudoestupidez histérica que encontramos casi exclusivamente en las cárceles y en viejos textos alemanes. *Sabemos* ahora que se debe casi siempre al *fingimiento consciente*, antes que a un estado estuporoso inconsciente» [pág. 191]. [Las bastardillas son mías].

Si el «paciente» de Ganser personifica la conducta que, a su juicio, corresponde al enfermo mental —con el fin de aducir como excusa su irresponsabilidad y eludir el castigo—, ¿en qué se diferencia esta conducta de la que manifiesta una persona que trampea en su declaración de impuesto a los réditos? Así como aquel simula estupidez, esta simula hallarse en una situación de relativa pobreza. Desde el punto de vista lógico, parece completamente injustificado considerar que este tipo de conducta constituye una forma de enfermedad [Weiner y Braiman, 1955], Al hacerlo ponemos a dicha conducta en un plano similar a fenómenos como la neumonía o el cáncer, y la diferenciamos de fenómenos como la evasión de impuestos o las trampas en el juego.

El síndrome de Ganser como una forma de trampa y de adopción de roles

No me ocuparé de las críticas a la interpretación médica (psicopatología) de estos fenómenos, porque gran parte de lo que dijimos acerca de la crítica al punto de vista similar del fingimiento (cap. 2) puede aplicarse en esta esfera. En cambio, examinaremos el tipo de personificación que observamos aquí y su similitud con otras formas de adopción de roles.

Resulta asombroso comprobar con cuánta facilidad los individuos que muestran las características típicas del síndrome de Ganser —así como los histéricos y simuladores— consiguen convencerse, y convencer a los demás, de que están realmente *enfermos* (esto es, incapacitados, irresponsables y, quizás, afectados en el nivel corporal). Su éxito en este sentido está corroborado por el hecho de que, de acuerdo con la opinión popular y profesional, se considera cada vez más que estas formas de conducta son casos de enfermedad o incapacidad. Este es exactamente el mensaje y la impresión que desean trasmitir y crear quienes actúan de ese modo; pero al hacerlo provocan, tanto en ellos como en nosotros, un estado de confusión que lleva a sacar conclusiones erróneas. Podríamos aclarar esta situación con una excelente analogía tomada del mundo del teatro y el cine. Los términos «encasillado en un papel» o «tipificado» describen cómo un actor o una actriz que aparecen con frecuencia cumpliendo el mismo tipo de rol irán creando en el público la impresión de que son «realmente» el tipo de personaje que representaron repetidas veces. Recordemos a los actores encasillados como «villanos», o a las actrices que el público define como «chicas-de-la-casa-de-al-lado», o «nenas *sexy*». Para los norteamericanos, el monstruo Frankenstein es Boris Karloff, Abraham Lincoln es Raymond Massey, y Roosevelt pronto será Ralph Bellamy. Las identidades arrogadas por los actores pueden, a la larga, resultar convincentes no solo para el auditorio sino también para ellos mismos. En ese caso, empezarán a actuar en la vida real como lo hacen en el escenario.

A mi juicio, el punto esencial de esta analogía entre el encasillamiento en un papel y la personificación del rol de enfermo en los casos de histeria y «trastornos» afines reside —a pesar de los argumentos psiquiátricos en contrario— en que importa determinar si el rol es auténtico, o se trata de un rol arrogado y personificado. Esto requiere una doble explicación. Primero, podría argumentarse que si una persona ignora que está representando un rol arrogado, entonces este rol debe considerarse auténtico. Demostraremos, sin embargo, que el autoconocimiento no es el único criterio para juzgar esta cuestión. Segundo, es necesario tener siempre presente que el actor y la audiencia —es decir, el paciente y el médico, o los familiares— ocupan dos sectores diferentes, aunque complementarios, de un campo más amplio. La personificación y el rol auténtico son definidos a veces por el actor, otras por el público, y con más frecuencia por un consenso mutuo. Las dos definiciones pueden

coincidir u oponerse.

Roles arrogados, personificados y auténticos

Credibilidad y aceptación del rol arrogado

Cuando al fingidor, o histérico, o paciente con síndrome de Ganser, se lo codifica como «enfermo» —aunque sea una enfermedad mental—, ha conseguido que su rol arrogado se vuelva digno de crédito y aceptable. Este fenómeno, que encontramos en múltiples relaciones humanas, caracteriza la mayoría de los casos de enfermedades mentales. *Es* preciso considerarlo del mismo modo que la «tipificación» de un actor. No hay nada especialmente extraño acerca de esto. Se sabe y acepta que el conocimiento y la imagen del mundo que nos rodea se estructuran sobre la base de nuestras experiencias reales. «Ver para creer», dice el proverbio. Empero, también se sabe que las experiencias groseras y las impresiones sensoriales no se pueden tomar por su valor aparente. Requieren el escrutinio crítico, la comprobación, la validación, la comparación con las experiencias de otros, etc. Esto plantea el problema de los canales de información complementarios. Es evidente que el individuo sólo podrá adoptar una actitud crítica hacia sus propias impresiones o fuentes de información si tiene más de un medio para descubrir o enterarse de algo. Si utilizamos solo la facultad auditiva, será imposible distinguir entre la voz real de una persona y la que nos ofrece un disco. Escuchar *y* mirar resuelve el problema.

En el caso del síndrome de Ganser, los psiquiatras, al definir este tipo de conducta como una forma de enfermedad mental, confirmaron o verificaron la autodefinición del paciente. El médico y la comunidad aceptaron la «propuesta» del paciente, como lo expresa Balint [1957], En vez de esclarecer y repudiar el juego, lo recodificaron y, en cierto sentido, lo ahondaron. Es como si el público teatral aceptara a Raymond Massey como Abraham Lincoln, y empezara a tratarlo como presidente de Estados Unidos. Es evidente que este tipo de respuesta realimenta al actor (paciente), para quien esto significa, en realidad, que ya no puede contar con su auditorio para merecer otra definición más realista de su identidad. Admito que pocas personas tienen en cuenta este resultado cuando se disponen a personificar el rol de enfermos.

En general, los individuos que personifican roles se encuentran con alguna forma de resistencia que se opone a su adopción de roles. Ella puede provenir de diversas personas o instituciones. Los fingidores, por ejemplo, serán impugnados por los médicos; los actores, por los críticos y el público; los estafadores, por quienes resultaron estafados y por la maquinaria legal de la sociedad, etc. [J. Spiegel, 1954]. Como he subrayado, la resistencia del «auditorio» a que el «actor» adopte un rol personificado es mayor al comienzo de la «actuación». Tras la fase inicial, repudia o

acepta el rol personificado. Una vez aceptado, lo escrutará mucho menos que al principio. Este fenómeno es bien conocido. Tan pronto como se considera «buen estudiante» a un alumno, los maestros controlarán su actuación escolar de manera mucho menos estricta que la de los «malos estudiantes». De modo similar, los actores, deportistas, economistas, etc., de *probada capacidad* pueden hacer lo que quieran con más facilidad que quienes no están definidos en esos términos.

Al adoptar un rol, por lo tanto, la principal tarea que debe dominar el sujeto es realizar una buena actuación. Si esta atañe a una tarea definida desde el punto de vista instrumental —esto es, a un rol auténtico—, el dominio de la tarea significará la adopción satisfactoria del rol, mientras que la incapacidad para dominarla implicará la adopción infructuosa de este. Empero, si la actuación entraña personificación, se duplicarán las posibilidades de fracaso. Esto se debe a que la persona puede fracasar, primero, al efectuar una actuación inadecuada, por lo cual el público repudiará su personificación del rol, y segundo, al realizar una actuación demasiado buena, con lo cual su rol personificado será plenamente aceptado.

Esto es lo que ocurre, como vimos, con algunos actores. En general, este peligro sólo amenaza al buen actor o al que ha sido aceptado en un rol determinado. De igual manera, sólo quien es neófito en el juego del fingimiento corre el peligro de ser llamado fingidor y repudiado en sus aspiraciones de representar el rol de enfermo. La persona que personifica este rol en forma satisfactoria corresponde al actor cuyas representaciones teatrales son tan convincentes que el público confunde su rol con su verdadera identidad. Sostengo que en esta situación se encuentran la mayoría de las personas a quienes hoy llamamos «enfermos mentales». En general, estos personifican[5] los roles de desvalimiento, desesperanza, debilidad y a menudo enfermedad física, cuando, en realidad, sus verdaderos roles conciernen a las frustraciones, desdichas y confusiones producidas por conflictos interpersonales, éticos y sociales. He tratado de señalar los peligros que amenazan a los personificadores (esto es, a los enfermos mentales), así como a quienes aceptan la personificación (es decir, los psiquiatras, el público en general, etc.). El principal peligro reside, por supuesto, en introducir y perpetuar una *folie*, o un mito, compartido por la cultura.

Del repudio de la «enfermedad mental» como enfermedad a su aceptación

En muchos sentidos, las orientaciones psiquiátricas contemporáneas reflejan los peligros característicos de esta etapa posterior del juego de la enfermedad mental. No siempre fue así. Durante las primeras etapas de este juego, es decir, en tiempos de Charcot, Breuer y Freud, los psiquiatras se opusieron con fuerza a las personificaciones del rol de enfermo. En el fondo, la mayoría de los psiquiatras eran

neurólogos y neuropatólogos. En consecuencia, solo querían ver pacientes «realmente» (esto es, neurológicamente) enfermos. Creían que todos los actores —es decir, los enfermos mentales— eran imitadores y farsantes.

Los psiquiatras actuales se fueron al extremo opuesto. En apariencia, se niegan a diferenciar las personificaciones (trampa) de los roles auténticos (representación honesta). Al negarse a ejercitar sus facultades críticas con respecto a estos problemas, los psiquiatras actúan como el experto en arte mencionado en el capítulo 2, quien decidía que una hermosa imitación era, en realidad, tan buena como la obra maestra original. Esta convicción puede ser —a menudo lo es— utilizada mediante la negativa a adjudicar rótulos distintivos pragmáticos a los dos tipos de obras de arte, o a ambos tipos de comportamiento, según el caso. En arte, esto implica que una falsificación sería evaluada de igual manera que el original. En psiquiatría, el uso de la indistinción entre las categorías «original» e «imitación» significó que, habiendo conceptualizado la enfermedad y el tratamiento psiquiátricos según el modelo de la enfermedad y el tratamiento médicos, ¡los psiquiatras se vieron obligados a definir el tratamiento psiquiátrico como algo que podía «darse» solo a las personas que «tuvieran» una enfermedad psiquiátrica! Esto produjo, no solo complicaciones insalvables al tratar de conceptualizar las operaciones esenciales de la enfermedad y el tratamiento psiquiátricos [Szasz, 1956*c*, 1957*c*, 1958*c*], sino también un dilema peculiar con respecto a las personas que personificaban el rol de «enfermo mental».

Una vez que un rol se establece y define desde el punto de vista social, es lógico inferir que debe ser posible, por lo menos en principio, imitarlo o personificarlo. Podríamos preguntar, entonces, de qué manera se considerará a las personas que imitan el rol de enfermo mental. En otras palabras: quienes «fingen insania», ¿también deben considerarse «enfermos»? Es evidente la imposibilidad de someterlos a tratamiento psiquiátrico —y todo lo que esto implica para la exaltación de los psiquiatras y los «beneficios engañosos» de los pacientes—, a menos que se los conceptualice y defina como «enfermos». Por lo tanto, se definió también de ese modo a los personificadores.

Los límites existentes entre los juegos médico-psiquiátricos y de la vida real se hicieron cada vez más borrosos a medida que el primero usurpaba ámbitos previamente ocupados por el segundo. Sin embargo, todo esto se produjo sin que nadie se diera cuenta de lo que estaba ocurriendo. Para el solitario y romántico aficionado al cine que se enamora de su ídolo, la actriz desconocida puede convertirse, poco a poco, en una figura próxima, íntima y real como la vida misma. Esto exige que haya una representación convincente, más un sujeto que necesita a alguien como la actriz en su rol ficticio. Pero es indudable que, así como los hombres necesitan a Marilyn Monroe y las mujeres a Clark Gable, *¡los médicos necesitan a la gente enferma!* Creo, por lo tanto, que *toda persona que hace de enferma —personificando, por así decirlo, este rol— en presencia de personas orientadas hacia la labor terapéutica, corre el riesgo de que la acepten con su rol personificado*.

En este caso, los riesgos son a menudo inesperados. Si bien, en apariencia, el sujeto pide y recibe ayuda, se le podría ofrecer la llamada «ayuda» solo si acepta el rol de enfermo y todo lo que esto puede implicar para el terapeuta.

La alternativa esencial para este dilema reside, como sugerí antes, en abolir las categorías de conducta sana y conducta enferma, y el prerrequisito de enfermedad mental que exige la psicoterapia. Esto entraña reconocer en forma sincera que «tratamos» a las personas mediante el psicoanálisis o la psicoterapia, no porque están «enfermas», sino más bien porque: 1) desean este tipo de asistencia; 2) tienen problemas vitales que tratan de dominar gracias a la comprensión de los tipos de juegos que ellas y quienes las rodean están acostumbradas a jugar, y 3) queremos y somos capaces de participar en su «educación», porque este es nuestro rol profesional.

Algunas diferencias entre los roles personificados y auténticos

El concepto de rol personificado solo tiene sentido en tanto se lo puede oponer al de rol auténtico. Uno presupone al otro. La clave para diferenciar las identidades y roles ficticios o personificados de los reales o auténticos reside, básicamente, en el proceso de *verificación*. Este puede ser un proceso social, consistente en comparar las opiniones de diversos observadores [Goffman, 1959, págs. 60-65], o una operación más sutil y distintiva desde el punto de vista científico, que estribe en someter a prueba las afirmaciones o hipótesis, comparadas con los experimentos u observaciones. En sus formas más simples, la verificación implica nada más que el empleo de canales de información complementarios (v. gr., la vista y el oído, control de las declaraciones del paciente comparadas con datos oficiales, etc.). Consideremos, por ejemplo, el caso de un paciente que pretende ser Jesucristo. Si pedimos a este paciente pruebas que apoyen su pretensión, podría contestar que sufre y espera morir pronto, o que su madre es la Virgen María. Podemos optar por no creerle, basando nuestra opinión en la prueba adversa aportada por su partida de nacimiento, o en la información ofrecida por sus padres.

Este ejemplo es trivial, desde luego. No enfrenta algunos problemas más sutiles y difíciles correspondientes a la validación de roles, como los que se suelen presentar con pacientes que se quejan de dolores. Aquí, el problema es este: El sujeto, ¿siente «realmente» dolor, o sea, *juega en forma auténtica el rol de enfermo*, o su dolor es «histérico» —es decir, debido, verbigracia, a la identificación con alguien que tuvo un síntoma similar— y, en consecuencia, *personifica dicho rol*? En tal caso, no podemos conformarnos con preguntar a otros si creen que el paciente está «enfermo» o «finge». El criterio para diferenciar ambos roles debe ser técnico-científico más que social. En otras palabras, será necesario realizar determinadas «operaciones» que nos permitían obtener más información que fundamente nuevas inferencias. En el caso de

la diferenciación entre enfermedad física y enfermedad mental, la principal técnica para recoger datos adicionales es el examen físico, experimental y psicológico del paciente.

Otros ejemplos, más afines con los problemas de desempeño de role; que encontramos en situaciones psiquiátricas, son los del matemático que lleva el cabello despeinado, a lo Albert Einstein, y el estudiante universitario que usa siempre un saco de *tweed* y jamás se separa de su pipa. En estos casos, nuestra tarea consiste en distinguir entre apariencia y actuación real. El hombre que se peina a lo Einstein, ¿es en realidad un matemático capaz, o trata de compensar con su aspecto exterior carencia de aptitud para la matemática? De igual manera, será menester averiguar si el hipotético alumno universitario lo es realmente o sólo trata de parecerlo.

Si enfocamos la personificación y el desempeño auténtico de roles en función de los juegos, se podría decir que representan movimientos de dos juegos esencialmente diferentes y específicos. Ambos juegos se sitúan, además, en el nivel de los metajuegos complejos, puesto que sus respectivas reglas se refieren a otras de niveles lógicos inferiores. Sus objetivos, así como sus reglas, difieren mucho. *La meta de la personificación es parecerse a la persona o al desempeño del rol que se trata de imitar*. El propósito es lograr algún tipo de similitud exterior («superficial») entre la persona y el objeto, mediante la indumentaria la manera de hablar, el síntoma, etcétera[6].

Esta función se cumple a menudo cuando el sujeto se somete a innecesarias operaciones quirúrgicas —«innecesarias» desde el punto de vista fisiopatológico—. En este caso, el paciente interviene en el juego de la enfermedad y busca que el experto convalide el rol de enfermo. El cirujano que consiente en operar cumple, en estos casos, una función «útil», desde una perspectiva tanto psicológica como social, aunque su utilidad no se pueda justificar por razones quirúrgicas. Su actitud equivale, en esencia, a legitimizar el pretendido rol de enfermo del paciente. Mediante la operación permite «ganar» al paciente. La cicatriz quirúrgica es la prueba oficial de la enfermedad. ¡Es el diploma, el trofeo, el premio que se otorga al triunfador!

El desempeño auténtico de roles implica, en cambio, un juego cuyo propósito, en general consciente, es adquirir ciertos conocimientos y habilidades. Aquí puede operar también el deseo de alcanzar cierto tipo de similitud con otra persona, por ejemplo, con un actor o un científico, pero tanto los objetivos como las reglas de este juego exigen que la similitud sea profunda y no superficial. La meta es el aprendizaje y, por ende, la modificación de la «personalidad interna» antes que un mero «cambio externo», como ocurre en la personificación.

La distinción entre roles auténticos y personificados se puede formular aun de otra manera, utilizando los conceptos de grupos instrumentales e institucionales y los criterios que determinan la pertenencia a dichos grupos. Los *grupos instrumentales* se basan en habilidades compartidas. La pertenencia al grupo —p. ej., a un equipo que disputará la Copa Davis— implica que la persona posee una habilidad específica. En

este caso, se considera que el rol es auténtico porque el sujeto «sabe realmente» jugar al tenis. Los *grupos institucionales* se basan en el parentesco, el status y otros criterios no instrumentales, que no se relacionan con los conocimientos y habilidades y son, en este sentido, más superficiales. Tomemos como ejemplo el rol de rey en una dinastía hereditaria. A la muerte del rey, el príncipe heredero se convierte en el nuevo monarca. Esta trasformación del rol de no rey en rol de rey no entraña ningún cambio en el nivel de los conocimientos o habilidades. Implica sólo un cambio de status.

Podríamos resumir en una sola frase la psicología de la personificación: es una técnica de conducta basada en el modelo de las monarquías hereditarias. En esta pauta está implícita la convicción de que las habilidades instrumentales carecen de importancia[7]. Por lo tanto, todo lo que se requiere para triunfar en el juego de la vida es «representar un rol» y lograr que la sociedad lo apruebe. Muchos padres todavía sostienen este modelo vacío, considerándolo un camino ideal para sus hijos. Si estos lo siguen de modo satisfactorio, terminarán por llevar una vida «vacía». Si el niño, o el adulto joven, fracasan en este juego, el resultado recibe a menudo el calificativo de «neurosis» o «delincuencia». Pero es posible que esto solo sea un intento de la persona, que pugna por llenar el vacío y participar en forma auténtica en un juego, en cualquier juego «real». Y la «enfermedad mental» o la «psicosis» podrían ser los únicos juegos en los que esa persona puede participar.

15. La histeria como juego

«Mentiras… Esa es la religión de los esclavos y los amos». Máximo Gorki [1902, pág. 78].

Intentaremos contestar ahora a la pregunta: ¿Qué tipo de juego desarrolla la persona a quien se llama histérica? Presentaré dos ejemplos, siguiendo el examen general del tipo de juego al cual se suele denominar «histeria». El primero lo tomé de Sullivan, y el segundo, de mi propia experiencia clínica. Aquel describirá las características sobresalientes de las maniobras del juego histérico. Este se centrará en la maniobra de la mentira como característica específica de este juego. Por último, haré un breve análisis de la relación que guarda la mentira con el control y la previsibilidad interpersonales.

Esquema general de la histeria como juego

Sobre la base de la versión ligeramente modificada del modelo de Piaget [1932, 1951], correspondiente al desarrollo de la capacidad para acatar reglas y tener conciencia de ellas, sugiero diferenciar *tres estadios o tipos de dominio (o control) de los procesos interpersonales:* la coacción, la autoayuda y la cooperación. Esta serie constituye una secuencia evolutiva. La coacción representa la regla o el juego más simple, o más fácil de seguir o desarrollar; la autoayuda constituye el estadio siguiente en la escala de dificultades, mientras que la cooperación es el más complejo y exigente de los tres.

Coacción, autoayuda y cooperación en la histeria

El histérico desarrolla un juego en el que se mezclan, en forma desigual, maniobras de coacción, autoayuda y cooperación. El predominio de las maniobras coactivas no implica la falta absoluta de elementos correspondientes a la autoayuda y cooperación. Otra característica general del histérico es que muy rara vez juega en forma adecuada su propio juego. Al mismo tiempo, este tipo de conducta —o de participación en el juego— se caracteriza porque sintetiza, de modo deficiente, tres juegos, valores y estilos de vida específicos y, en cierta medida, antagónicos. Por consiguiente, se considerará que la histeria es un compuesto de valores y juegos heterogéneos, y una transacción entre ellos. En esto reside su utilidad y fuerza, pero también su debilidad.

Hemos dicho que el histérico es incapaz de desarrollar de modo satisfactorio cualquiera de los tres juegos. Con esto quiero significar que la persona que muestra

síntomas histéricos no es capaz de dominar de manera plena o adecuada la tarea que ella misma se ha fijado. En primer lugar, el histérico asigna un valor muy positivo a las *maniobras activas*. Claro está que permanece abierta la posibilidad de que no tenga conciencia de haber optado entre la coacción y otros valores humanos. Su deseo de coaccionar a otros puede ser inconsciente. Sin embargo, en general no lo es; suele ser, más bien, vago e indefinido. En psicoterapia, el terapeuta lo reconoce con frecuencia sin dificultad, en tanto que el paciente lo admite de inmediato. El punto esencial que quiero subrayar es este: aunque el histérico defienda el valor de la coacción y el dominio, no puede representar este juego con habilidad y sin inhibiciones, porque el hacerlo exige poseer dos cualidades que él no suele tener. La primera es la identificación más o menos completa e indiscriminada con el agresor [A. Freud, 1936], condición necesaria para todo aquel que quiere ser cruelmente tiránico y dominador. Es probable que la fusión del propio yo o sí-mismo con el de la persona poderosa y opresora contribuya al segundo factor, es decir, a un alto grado de insensibilidad hacia los sentimientos y necesidades de los demás. El histérico es demasiado humano para ser tan insensible, y por ello mismo se siente inhibido para jugar en forma abierta y satisfactoria el juego del dominio. *Puede ejercer coacción y dominar con el sufrimiento, pero no con la voluntad «egoísta»*.

Claro está que los seres humanos pueden cambiar, orientándose hacia formas de dominio cada vez menos inhibidas. En un principio ejercen coacción solo por medio de los síntomas y el sufrimiento, pero con el trascurso del tiempo podrán abandonar este disfraz y adoptar métodos más directos para dominar. La vida de Mary Baker Eddy ofrece un ejemplo dramático de esta tesis [Dakin, 1929; Zweig, 1931], Durante muchos años, su principal técnica de dominio interpersonal consistió en utilizar maniobras histéricas. Se valía para este fin de diversos síntomas corporales, muchos de ellos rayanos casi en lo que podríamos llamar «sensaciones corporales esquizofrénicas» y sus comunicaciones. Al promediar su vida, abandonó poco a poco estas maniobras, reemplazándolas por técnicas de control basadas en el dominio religioso. Para jugar adecuadamente al juego de la autoayuda es menester que el sujeto *se comprometa* con ese juego Esto lo involucra en una orientación esquizoide de la vida, que lo lleva a aislarse mucho de los demás. El objetivo principal del individuo no es establecer relaciones humanas; su cantidad e intensidad se mantienen en un nivel mínimo. Al mismo tiempo, presta especial atención a determinadas habilidades específicas. Los intereses religiosos, artísticos, científicos, etc., tienen prioridad sobre el interés por las relaciones personales. Nuestra cultura recompensa la participación satisfactoria en este juego. Sin embargo, la preocupación por el propio cuerpo, o por el sufrimiento y el desamparo, tienden a inhibir la capacidad para concentrarse en las tareas técnicas que es menester dominar para participar con habilidad en el juego. Por otra parte, la tendencia a dominar a los demás mediante el recurso del desamparo y la impotencia no se puede mantener inalterada ante el alto grado de competencia manifiesta en ciertas esferas de la vida. El propósito de ejercer

coacción sobre otros manifestando un estado de desamparo puede mantenerse, pero será necesario modificar las técnicas utilizadas. Consideremos el proverbial caso del profesor distraído. Aquí vemos el cuadro del famoso científico, experto en realizar su complejo trabajo —matemático, por ejemplo—, quien, al mismo tiempo, es tan desvalido como un niño cuando debe alimentarse, ponerse las galochas o pagar el impuesto a los réditos. Las muestras de desamparo en estos ámbitos despiertan el deseo de prestar ayuda, exactamente del mismo modo en que los síntomas incitan a ofrecer asistencia médica.

El juego de la cooperación requiere defender un valor que la persona que muestra síntomas histéricos quizá no comparta en absoluto. Creo que estamos aquí ante un auténtico *choque de valores entre la igualdad y la cooperación, por una parte, y la desigualdad y la sumisión-dominación, por la otra*. Este conflicto axiológico se produce, en realidad, en dos esferas distintas: en el sistema intrapersonal del paciente y en el sistema interpersonal de la terapia.

En psiquiatría, el problema raras veces se plantea en estos términos. Pareciera que los psiquiatras actúan suponiendo en forma tácita que, sean cuales fueren sus propios valores, estos coinciden con los que sustentan sus pacientes y colegas. Esto no siempre es así, desde luego. Si los conflictos de valores del tipo mencionado son tan importantes en psiquiatría, como se ha sugerido, ¿por qué no se los formula en términos más explícitos? ¿No ayudaría esto a manejar los problemas que ellos plantean? A mi juicio, una de las razones —acaso la principal— para no explicitar más los conflictos entre valores de este tipo reside en esto: cada vez que ello ocurre, *peligra la cohesión del grupo, que hasta entonces* ha mantenido sin definir sus valores en el plano oficial[1]. Más adelante ampliaremos el examen de las interrelaciones de la histeria, el psicoanálisis y los conflictos de valores.

La histeria como mezcla de valores antagónicos y juegos dispares

El concepto de que los síntomas histéricos —u otros síntomas neuróticos— son soluciones de compromiso es fundamental en la teoría psicoanalítica. Al comienzo de su trabajo, Freud pensaba en función de soluciones de compromiso entre el impulso (instintivo) y el mecanismo de defensa (social), o entre las necesidades egoístas y los requerimientos de la vida social. Más adelante, conceptualizó la neurosis como una consecuencia de conflictos entre el ello y el yo, o entre el yo y el superyó.

Describiremos ahora la histeria como otra transacción, esta vez entre tres diferentes tipos de juegos, o bien, en lugar de solución de compromiso, podríamos hablar de una mezcla de tres juegos distintos. La histeria es una combinación de las tres pautas de relación y dominio humanas ya descriptas: coacción, autoayuda y cooperación. Examinaremos en forma sucinta las características típicas de cada uno de estos juegos.

El *juego coactivo* se caracteriza por el poderoso efecto promotor que los signos corporales icónicos producen en aquellos a quienes estos están dirigidos. Los familiares del paciente, verbigracia, tienden a impresionarse profundamente por dichas manifestaciones, mucho más, a veces, que por expresiones similares realizadas mediante el lenguaje cotidiano. De este modo, la manifestación de la enfermedad o el sufrimiento se utiliza como medio de coacción sobre los demás.

Como ya lo recalcamos (caps. 7 y 8), esta característica de la histeria explica, más que cualquier otra, su inmediato valor pragmático para el paciente.

El *juego de la autoayuda* también es evidente en la mayoría de los casos de histeria. Se dice que los pacientes histéricos muestran una actitud indiferente hacia sus sufrimientos. Esta manifiesta indiferencia significa, primero, negar que el paciente ha hecho, en realidad, una comunicación coactiva, y segundo, que él aspira a tener cierto grado de autosuficiencia. La observación clínica y cotidiana revela que los histéricos no se muestran del todo coactivos en sus relaciones con los demás, sino que son, en algún grado, autosuficientes y confían en sí mismos. En la medida en que lo son, representan el juego de la autoayuda. Empero, solo pueden atender a este juego a medias, y se hallan dispuestos a coaccionar por medio de los síntomas si fracasaran otras técnicas de dominio. El aprendizaje de nuevas técnicas de autoayuda o cooperación es relativamente desconocido para ellos, y no suele recibir estímulo alguno en el medio social donde viven.

Los histéricos participan de modo muy imperfecto en el *juego cooperativo*, lo cual no es sorprendente, pues el mismo requiere y presupone un sentimiento de relativa igualdad entre los jugadores. Las personas que emplean técnicas de comunicación histéricas se sienten —y a menudo son— inferiores y oprimidas, y aspiran, a su vez, a sentirse superiores a otros y a oprimirlos. Sin embargo, buscan inevitablemente una igualdad precaria y cierto grado de cooperación, como alternativas potenciales para el status de opresión.

Se considera que la histeria es un juego principalmente coactivo, mezclado con pequeños elementos de autoayuda y elementos aun más insignificantes de cooperación. Esto implica, asimismo, que el histérico no está seguro, primero, con respecto al tipo de cosas que él valora en las relaciones humanas, y segundo, acerca de la relación que mantienen los valores con sus actos. En otras palabras, no tiene conciencia (conocimiento) de sus valores y de la relación que estos guardan con su conducta. Es ilustrativo, con respecto a esto, el caso de la joven ir ujer que «cae enferma» mientras cuida a su padre postrado en cama. Debemos tener presente que muchos pacientes que figuran en los primeros historiales de la literatura psicoanalítica eran mujeres jóvenes que se «enfermaron» de histeria mientras atendían (es decir, cuidaban) a un familiar enfermo, por lo general de edad avanzada. Este fue el caso de Ana O., la famosa paciente de Breuer [Breuer y Freud, 1893-1895]:

«En julio de 1880, el padre de la paciente, al que ella amaba apasionadamente, fue víctima de un absceso peripleurítico que no pudo curar y que le acarreó la muerte en abril de 1881. Durante los primeros meses de la enfermedad, Ana dedicó todas sus energías al cuidado de su padre, y a nadie le sorprendió comprobar que, en forma gradual, su propia salud se deterioraba muchísimo. Nadie, ni siquiera la paciente misma, quizá, sabía lo que le estaba ocurriendo; pero, con el paso del tiempo, el estado de debilidad, la anemia y la repugnancia por los alimentos se hicieron tan agudos que, *con gran dolor para ella, no se le permitió que continuara cuidando al enfermo*» [págs, 22-23]. [Las bastardillas son mías].

Una y otra vez, Freud llamó la atención hacia las circunstancias precipitantes de la histeria, pero les asignó una interpretación y significación algo distintas de las que yo postulo. En las «Cinco conferencias sobre psicoanálisis» (1910*a*) sostuvo:

«Y aquí debemos notar, a partir del historial clínico de la paciente, que la enfermedad comenzó cuando ella se hallaba cuidando a su padre, al que amaba con devoción, de la grave dolencia que determinó su muerte. *Debido a su propia enfermedad, ella se vio obligada* a dejar de cuidarlo» [pág. 11]. [Las bastardillas son mías].

Ana O. empezó, por lo tanto, a representar el juego histérico desde una posición de desagradable sumisión: actuaba como enfermera oprimida, sufriente y no remunerada, *que estaba obligada a prestar ayuda por el desvalimiento de un paciente (somáticamente) enfermo*.

Las mujeres que se hallaban en la situación de Ana O. —como lo están hoy sus semejantes, quienes se sienten limitadas del mismo modo que ella por sus hijos pequeños— no conocían bastante su propio valor en la vida, ni de qué manera sus ideas sobre el particular influían en su conducta. La joven de clase media de la época de Freud consideraba que tenía el deber de dedicarse a sus padres enfermos. Atesoraba el valor de que su rol consistía en cuidar y atender al padre cuando este se hallaba enfermo. Contratar a una enfermera o una criada profesional para esa tarea hubiera creado un conflicto, porque habría simbolizado, tanto para ella como para los demás, que no quería («cuidaba») a sus padres. Observamos la similitud de esta situación con el dilema en que se encuentran muchas mujeres norteamericanas contemporáneas, no en relación con sus padres, sino con sus hijos pequeños. En la actualidad, se supone en general que las mujeres casadas deben cuidar de sus hijos y no delegar esta tarea en otros. Se puede enviar a los «viejos» a un asilo; es correcto dejar que los cuiden empleados contratados. Esta es la exacta inversión de la situación social que predominó en los círculos europeos de la clase media superior hasta la Primera Guerra Mundial, y un después del período bélico. En esa época, los niños solían ser atendidos por personas contratadas, mientras que los padres recibían cuidados de sus hijos, ahora adultos.

En ambas situaciones, el carácter *obligatorio* del cuidado exigido estimula un

sentimiento de impotencia en la persona de quien se espera ayuda. Si ella no puede, en realidad, negarse a ofrecer ayuda —y ni siquiera puede establecer en qué condiciones la dará— se convierte en verdadera cautiva del que busca ayuda. Consideraciones similares se aplican a la relación entre pacientes y médicos. Si estos últimos no pueden definir sus propios roles —es decir, cuándo ayudar y de qué manera—, también corren el peligro de convertirse en rehenes de los pacientes (o en sus representantes).

Los típicos casos de histeria citados por Freud implicaban un *conflicto de valores* —y también, por ende, un *conflicto de fuegos*— acerca de lo que las mujeres jóvenes en cuestión querían hacer realmente de sí mismas. ¿Deseaban demostrar que eran buenas hijas al cuidar a sus padres enfermos? ¿O aspiraban a independizarse de sus mayores, creando su propio hogar, por ejemplo, o de alguna otra manera? Sostengo que el conflicto entre ambas *aspiraciones era* el problema esencial en estos casos. Yo consideraría que el problema sexual —los deseos incestuosos de la hija hacía el padre — estaba estimulado, por lo menos en parte, por la situación interpersonal en que aquella tenía que cuidar el cuerpo de este. Habría sido más fácil, empero, admitir el problema sexual y enfrentarlo, que tener que hacer frente al problema ético indicado. En última instancia, se trata de un importante problema vital. Como tal, ninguna maniobra particular puede resolverlo; exige, en cambio, tomar decisiones acerca de los valores y metas hacia las cuales deseamos orientarnos, y una vez hecho esto, dedicar todos nuestros esfuerzos a cumplirlas.

Observaciones acerca del psicoanálisis y la ética

Podríamos preguntar cómo se aplican estas consideraciones a la psiquiatría y el psicoanálisis. Algunos valores se incorporaron a estas disciplinas y están ahora incluidos en ellas. ¿Cuáles son esos valores? Esta cuestión es particularmente significativa para la psiquiatría y el psicoanálisis en tanto técnicas aplicadas, es decir, terapias. Todas las terapias psiquiátricas se proponen modificar la conducta humana, tema de tradicional interés para el ético.

Los valores que la psiquiatría y el psicoanálisis sustentan en forma empírica solo pueden determinarse infiriéndolos de la práctica psicoterapéutica [Burton, 1959]. Ese tema es importante, pero si lo examinamos nos alejaríamos del lincamiento trazado para el presente estudio. Me limitaré, por lo tanto, a señalar brevemente las fuentes de algunos conflictos de valores de principal importancia que encontramos en el psicoanálisis.

Los valores éticos incorporados al psicoanálisis derivan de varias fuentes: del espíritu de la ciencia del siglo XIX, de la medicina, de algunos filósofos (en particular, Schopenhauer y Nietzsche), del judaísmo y el catolicismo, y —último en orden, pero no en importancia— del propio Freud [Bakan, 1959; Rieff, 1959]. ¿Cuáles son, pues,

algunos de estos valores? El primero y principal es, quizá, que el conocimiento, y sobre todo el autoconocimiento, es algo positivo. Se trata de la ética científica aplicada al sí-mismo como parte de la naturaleza. Su corolario implícito es que el conocimiento tiene que divulgarse en forma amplia y ser accesible a todo el mundo. No debe ser mantenido en secreto por un pequeño grupo, y utilizado por este en su propio beneficio como fuente de poder. Si bien el psicoanálisis defendió claramente el valor del conocimiento, adoptó una posición ambigua con respecto a la publicidad del mismo, tan pronto como se organizaron los grupos psicoanalíticos.

Otra fuente de dilemas éticos, quizás aun *más* significativa, surge cuando nos preguntamos cuál es el concepto psicoanalítico de una relación humana adecuada, sea en el matrimonio, en la amistad, en el trabajo, o en cualquier otra esfera. Sería vano buscar en las obras de Freud una respuesta clara a esta cuestión. Una de las razones es que Freud tendía a estructurar sus investigaciones como si fueran estudios «naturalistas», empíricos. En consecuencia, estaba implícito que aceptaba las cosas como eran, y no como deseaba que fueran. Pero a esta altura resulta evidente que en las ciencias sociales (o humanas) es casi imposible realizar estudios empíricos totalmente desprovistos de evaluaciones. Esta especie de imitación de las investigaciones físicas está destinada al fracaso [Scriven, 1956]. Por otra parte, es fácil demostrar que Freud y otros psiquiatras defendían algunos valores y condenaban otros. Freud, por ejemplo, no solo «descubrió» la sexualidad infantil, sino que abogó porque se impartiera instrucción sexual a los niños. De manera similar, estudió, por un lado, los efectos de la seducción sexual en los niños y, por el otro, tomó una posición definida en contra de esta práctica, debido a su supuesta influencia nociva en el futuro adulto. Podríamos citar muchos otros ejemplos que revelan las preferencias de Freud respecto de pautas alternativas de acciones humanas [Szasz, 1959*a*].

En cuanto a las relaciones de la pareja humana, *Freud sostenía que se basan siempre en el dominio que ejerce uno de los integrantes de la pareja y la sumisión del otro*. Nunca examinó en sus escritos los conceptos de democracia, igualdad, reciprocidad y cooperación. Sus ideas y valores sociopolíticos seguían la tradición platónica, y veía una élite intelectual y moral que dirigía en forma dictatorial a las masas. Las manifestaciones de misoginia de Freud son bien conocidas [Freud, 1932], Acaso lo sea menos su insistencia en que la relación entre el psicoanalista y el analizando debe ser la de «un superior y un subordinado» [Freud, 1914, pág. 49], Aunque admiraba muchas cosas de Inglaterra, parece que las instituciones políticas británicas le impresionaban poco. No consideraba que la cooperación auténtica entre iguales fuera un valor positivo. Por el contrario, para Freud la cooperación significaba la sabiduría del individuo imperfecto para aceptar el liderazgo de un superior más dotado.

A diferencia de Freud, Adler [A. Adler, 1925; Ansbacher y Ansbacher, 1956] expresó de manera abierta su concepto de la relación humana moralmente deseable y «mentalmente sana», caracterizada por un alto grado de *cooperación e interés social*.

Adler subrayó también los valores de la veracidad y la competencia mientras que, al mismo tiempo, hacía mucho menos hincapié que Freud en el autoconocimiento. En fecha más reciente, Fromm [1955] y Rogers [1942, 1951] también reconocieron y estudiaron en forma explícita la naturaleza y significación de los valores éticos del psicoterapeuta.

Freud enmascaró y oscureció —en tanto que Adler reconoció y estudió abiertamente— los valores morales inherentes a sus respectivas observaciones y teorías psicológicas. Es probable que esto explique en parte la diferente acogida que tuvieron las psicologías freudiana y adleriana. La obra de Freud llevaba el sello del científico sereno e imparcial. Fue necesario el trabajo de varios investigadores [Bakan, 1959; La Pierre, 1959; Rieff, 1959] para esclarecer los valores inherentes a la psicología y la psicoterapia freudianas. Adler, en cambio, no ocultó sus valores. Por consiguiente, desde el principio su trabajo se apartó de la medicina, la psicología teórica e incluso la psicoterapia, asociándose estrechamente a la crianza del niño, la educación y el espíritu de reforma social.

En general, se considera que la obra de Adler es menos seria y significativa, desde el punto de vista científico, que la de Freud, a pesar de que sus opiniones tenían una orientación sociopsicológica mucho más acentuada que las de aquel y que, en realidad, fueron precursoras de gran parte de la teoría psicoanalítica acerca de la psicología del yo. A mi juicio, Adler se adelantó a su tiempo al reconocer el rol de los valores —y de los problemas morales en general— en la psicología y la psicoterapia. A comienzos de este siglo, el estudio del comportamiento sexual era bastante mal visto. Era completamente imposible estudiar con criterio científico la conducta ética. Solo durante las últimas décadas —y mediante el rápido desarrollo de las ciencias sociales— ha sido posible emprender un estudio científico válido de los problemas morales, como parte constituyente de la conducta humana. En otro libro [1957*b*] examiné cómo algunos aspectos del procedimiento psicoanalítico requieren un alto grado de cooperación mutua entre dos participantes más o menos iguales. Con esto quise dar a entender que, aunque el psicoanalista y el paciente puede tener grandes diferencias en cuanto la posesión de determinadas habilidades y al conocimiento necesario para saber cómo aplicarlas, son —o deben ser— hasta cierto punto iguales en términos de poder mutuo.

Sobre la base de los datos disponibles —esto es, de lo que los psicoanalistas hacen y dicen—, cabe inferir dos posiciones éticas casi opuestas con respecto al psicoanálisis. Una sería que el psicoanálisis apoya un tipo de relación humana basada en la relación líder-seguidor. La otra propugnaría como valor ético inherente al psicoanálisis —tanto teórico como terapéutico— la cooperación entre iguales. La finalidad de la terapia, un tanto sobresimplificada, es elevar al máximo la capacidad del paciente para decidir cómo conducirá su vida. Este valor debe ser sustentado en forma explícita y propugnado, no solo para el paciente, sino como posibilidad potencial para todos. Lo que se estimula no es, pues, el indiscriminado aumento de

las posibilidades de elección del paciente, ya que esto también podría lograrse reduciendo las opciones de las demás personas con las que él interactúa (o sea, esclavizándolas). Esta técnica se opondría a la ética del psicoanálisis, como yo la concibo, que sólo permite ampliar las opciones mediante el mejoramiento de las habilidades, en el sentido más amplio del término. En suma, nuestro mundo debe enriquecerse merced a su propio esfuerzo y no mostrar una mera apariencia de enriquecimiento, interfiriendo en las habilidades de sus vecinos o usurpando sus oportunidades.

Un ejemplo de juego histérico: el «dinamismo histérico» de Sullivan

Si bien Sullivan persistió en utilizar muchos conceptos psiquiátricos tradicionales, empleó el modelo de la conducta como juego al describir sus observaciones y experiencias con pacientes.

En uno de sus primeros estudios acerca de la histeria [Sullivan, 1956], afirmó lo siguiente:

«En principio, se podría decir que el histérico es una persona a quien se le ocurre una idea feliz acerca de la manera en que puede ser *respetable*, aun cuando no viva de acuerdo con sus *pautas*. Sin embargo, esta forma de describir al histérico es muy engañosa, ya que este, por supuesto, nunca abriga esa idea, o, por lo menos, es casi *imposible demostrar* que la haya tenido» [pág. 203]. [Las bastardillas son mías].

Sullivan afirmó, pues, que el histérico personifica la respetabilidad y engaña a los demás. De acuerdo con la tradición del psicoanálisis, agregó que el histérico nunca actúa de manera deliberada. Si bien no puedo discrepar con este punto de vista —porque no sería exacto afirmar que el histérico planifica con cuidado su estrategia—, considero un error subrayar con tanto énfasis la naturaleza inconsciente de esta conducta. El enigma del grado de conciencia de un acto psíquico acosó al psicoanálisis desde sus orígenes. Sospecho que se trata, en buena medida, de un seudoproblema, puesto que la conciencia —o el conocimiento autorreflexivo— depende mucho de la situación en que se encuentra el sujeto. En otras palabras, es una característica en parte social, y no solo personal o psicológica (cognitiva).

El pasaje que trascribimos a continuación ofrece un buen ejemplo de la histeria considerada una conducta de participación en un juego:

«Con el fin de ilustrar cómo comienza a funcionar la dinámica del histérico, consideremos este caso: un hombre con fuerte predisposición histérica contrae matrimonio, quizá por dinero, y la esposa no tarda en convencerse, gracias al comportamiento dramático y exagerado del cónyuge, de que en el casamiento debió predominar un interés de carácter práctico y que ella significa muy poco para el

marido. *Entonces empieza a vengarse*. Podrá desarrollar, por ejemplo, un vaginismo que nunca fracasa, de modo que toda relación sexual con el marido queda interrumpida. Este no se pregunta si ese vaginismo que interfiere en la satisfacción de su deseo sexual está dirigido contra él, por la sencilla razón de que *si un individuo enfoca los fenómenos interpersonales con ese grado de objetividad, no puede recurrir a un proceso histérico para librarse de sus propios problemas*. Por consiguiente, el marido no contempla esa posibilidad, pero sufre muchísimo y hará las cosas más extravagantes para superar el vaginismo que lo priva del placer, valiéndose de recursos en los que prevalece cierta atención teatral por el detalle superficial, en vez de un sondeo profundo de la esposa. Pero fracasa una y otra vez. Una noche —agotado, tal vez, después de haber tenido una eyaculación precoz en su novísima empresa de psicoterapia práctica— se le ocurre pensar: "¡Dios mío, esto me está volviendo loco!", y se queda dormido…

»De acuerdo con mi tesis, "esto me está volviendo loco" *es la idea feliz que tiene el histérico*. El marido despierta a hora temprana, cuando la esposa está aún profundamente dormida, y es víctima de un ataque espantoso. Literalmente, este ataque podría ser cualquier cosa, pero impresionará mucho a la persona que lo vea. La esposa despierta muy asustada, y llama al médico. Pero antes de la llegada de este, el marido, haciendo gala de un excelente sentido de los valores dramáticos, le hará saber de manera indirecta que teme perder la razón. La esposa queda sumida en un estado de gran agitación, de modo que cuando llega el facultativo se halla lo bastante angustiada —debido en parte al motivo, sea cual fuere, que produjo su vaginismo— como para empezar a preguntarse si ella misma va a volverse loca, y el marido muestra una buena variedad de síntomas raros» [págs. 204-06]. [Las bastardillas son mías].

Las magníficas dotes de Sullivan para observar y describir las «enfermedades» psiquiátricas como problemas vitales se revelan en forma admirable en esta cita. La relación mutuamente coactiva entre los esposos es muy notable; y también lo es la personificación o la adopción del rol de enfermo mental. Estas reacciones se logran, además, por medio de comunicaciones verbales (v. gr., el vaginismo, el «ataque» nocturno y otros síntomas).

Sullivan procedió a describir luego la dinámica histérica considerándola una forma de fingimiento inconsciente o impreciso, sin utilizar, empero, este término. Habló de la histeria como de una forma de «sublimación invertida», con lo cual quiso significar que el paciente «encuentra el camino para satisfacer impulsos inaceptables de manera personalmente satisfactoria, que lo exime de toda censura social y que, de ese modo, se aproxima a la sublimación. Pero la actividad, si fuese reconocida, solo recibiría la condenación social» [págs. 207-08]. Estas afirmaciones aclaran una vez más el uso y la función de las comunicaciones no verbales o indirectas en la histeria, así como la estrecha conexión existente entre la histeria y el fingimiento. Aquí, se

describe al histérico —en función de la participación en un juego— como una persona que de buen grado sacaría partido de una trampa si estuviera convencido de poder salirse con la suya. En el ejemplo citado, la trampa estaba montada para inducir a quienes lo rodeaban a interpretarla, no como una estratagema egoísta, sino como un sufrimiento inevitable. Otro aspecto del juego al que juega el histérico, o, dicho con más precisión, del tipo de jugador que es este (lo cual constituye, después de todo, uno de los factores determinantes de su juego), se puede discernir en el párrafo que sigue:

«El histérico siente profundo desprecio por las demás personas. Con esto quiero significar que las considera figuras más o menos oscuras e indefinidas que se mueven, según creo a veces, *como si fuesen espectadores que presencian su actuación*. ¿Cómo se manifiesta esto? Es posible afirmar que los histéricos son los *mentirosos gratuitos más grandes* de toda la gama de personalidades humanas: nada sirve tal como es. Siempre hay que mejorarlo en el relato; el histérico tiene que exagerar todo un poco (…) cuando habla de su vida, sus intereses, diversiones, pesares, etc., sólo se conforma con términos superlativos. Y esto es, en cierto sentido, una afirmación de la insuficiencia de la realidad (…) es lo que quiero significar cuando sostengo que los histéricos muestran, hasta cierto punto, menosprecio por los hechos simples y la gente común. *Actúan como si estuviesen acostumbrados a algo mejor, y lo están*» [págs. 209-10]. [Las bastardillas son mías].

Esto se relaciona con el hecho de que el juego histérico es, en alguna medida, poco complejo. Se adapta bien a los niños, los ignorantes, los oprimidos y los tímidos, en suma, a quienes sienten que sus posibilidades de autorrealización y éxito personal son escasas. Por lo tanto, emplean la personificación en general y la mentira en particular como maniobras para autopromocionarse. La mayor parte de los «dinamismos» mencionados por Sullivan hasta ahora ilustran el uso de maniobras coactivas, lo cual concuerda con mi tesis de que la histeria es, en esencia, un juego de tipo coactivo.

Con respecto a la conversión histérica —es decir, el uso de signos corporales icónicos—, Sullivan afirmó:

«Cuando existe esta conversión, cumple una función útil; y esa función se desarrolla, sobre todo, en el sistema del propio yo (…) Allí, uno descubre a veces el tipo de operación casi infantil de que se vale para sacar provecho de su incapacidad. El paciente suele decirnos de la manera más ingenua: “Si no fuera por esta enfermedad, entonces yo podría hacer…”, y lo que sigue es realmente una apreciación grandiosa de sus posibilidades. La incapacidad funciona como un instrumento que sirve para asegurar las operaciones» [pág. 216].

Este es nada más que un aspecto de la conversión, aunque significativo, por

cierto. La formulación de Sullivan es otra manera de expresar que el histérico juega a ser enfermo porque teme fracasar si juega en determinadas esferas de actividades de la vida real. Pero, al adoptar esta maniobra, también provoca y asegura su propia derrota.

Estas consideraciones subrayan el hecho de que el histérico no permanece necesariamente ajeno a la aspiración y la esperanza de jugar a otros juegos compartidos en el plano social.

En este sentido, es digno de atención que las recomendaciones terapéuticas de Sullivan con respecto a la histeria se centren en torno del tema de «hacer desagradables los síntomas» [págs. 219-20], En apariencia, adoptó la posición de que el mejor camino era combatirlos, por así decirlo, con el paciente, y frustrar sus gratificaciones sintomáticas, obligándolo así a adoptar técnicas de comunicación y dominio nuevas y más complejas. Aunque este enfoque tiene aspectos valederos, no lo acepto del todo[2], y solo lo menciono para recalcar la unidad esencial de los conceptos de histeria y fingimiento.

Las observaciones finales de Sullivan acerca de la histeria sustentan con firmeza la tesis de que las personas que tienden a jugar a esta clase de juego lo hacen debido al empobrecimiento de su repertorio de juegos.

«La presencia de la dinámica histérica como medio esencial para enfrentar dificultades vitales implica, a mi juicio, que el paciente se ha visto privado de gran parte de las experiencias que debió haber vivido para tener una personalidad plenamente desarrollada, con perspectivas satisfactorias para el futuro.
»*Debido a que los histéricos aprenden tan pronto a eludir los problemas y dificultades con un proceso mínimo de elaboración, su vida es, justamente, como ellos lucen*: singular, extravagantemente simple. De esta manera, aun si pudiéramos dejar a un lado los mecanismos patógenos o patológicos, tendríamos personas que no se ajustan en forma adecuada al complejo medio interpersonal. No vivieron, simplemente, esas experiencias; *se vieron privadas de un aprendizaje por el que ha pasado mucha gente*» [pág. 228].

Lo que la persona considera digno de hacer o vivir dependerá de lo que aprendió. La preferencia por los juegos coactivos o cooperativos varía necesariamente con los gustos y actitudes del sujeto. En consecuencia, es posible que para algunos la participación en el juego histérico —o en cualquier otro juego «psicopatológico»— sea perfectamente aceptable. Las modernas teorías psiquiátricas tienden a negar esta posibilidad[3]. Sin embargo, los hechos y reflexiones, por lo menos como los reunimos aquí, exigen considerar de modo explícito una diversidad mucho mayor de comportamientos humanos.

La mentira: maniobra específica del juego histérico

Observaciones sobre las actitudes psiquiátricas hacia la mentira

Para el psiquiatra contemporáneo, hablar de mentira en relación con la llamada enfermedad mental es un anatema. Una vez que a alguien se le asigna el rótulo de «paciente» ya no se le permite al psiquiatra considerar siquiera la posibilidad de que exista algo que se llame mentira. La prohibición aplicada a este término y a todo lo que él implica fue tan rigurosa como la sufrida por el sexo en la sociedad victoriana —y quizá más aún—. Todo aquel que menciona la palabra mentira en relación con problemas psiquiátricos tiende a ser catalogado *ipso facto* de «antipsiquiátrico» o «antihumanitario», dándose a entender así que adopta una actitud dañina y equivocada. A mi juicio, esto es lamentable, y refleja simplemente la actitud sentimentalista del psiquiatra moderno —y el lego— hacia el enfermo mental. Tal actitud es perjudicial para la ciencia y no tiene cabida en ella.

Desde hace mucho tiempo abrigo la idea de que la mentira es uno de los mecanismos, ocurrencias o comunicaciones —según el criterio con que optemos por considerarla— más importantes en el campo psiquiátrico. En cierto sentido, no he hecho otra cosa que reformular una de las primeras observaciones de Freud, o sea, que *la hipocresía social es un problema esencial de la psiquiatría*. Freud hizo hincapié, por ejemplo, en que tanto los pacientes como los médicos solían mentir —si se me permite reintroducir este útil vocablo— cuando hablaban entre ellos (y con la mayoría de la gente) acerca de problemas sexuales y de dinero. ¿De qué otro modo podemos interpretar el relato de Freud referente a su encuentro con Chrobak, en el caso de la paciente que todavía era virgen después de dieciocho años de matrimonio? Al narrar esta experiencia, Freud [1914, pág. 296] afirmó que, según la opinión de Chrobak, el rol social y la «obligación ética» del médico era mentir al referirse al estado de la paciente, para proteger al esposo y el matrimonio. Desde sus mismos comienzos, el psicoanálisis dio mucha importancia al problema relacionado con la conveniencia de mentir o no mentir. En realidad, muchos aspectos de la situación psicoanalítica surgieron en respuesta al empeño de Freud de ser sincero con sus pacientes.

Hay que tener presente que Adler también consideraba que la mentira era un tema importante para la investigación psicológica. Esto demuestra, me parece, que en los primeros tiempos del psicoanálisis los psicoanalistas eran más francos y reconocían que la gente —incluidos médicos y pacientes— mentía con frecuencia. Por supuesto, es más fácil que una persona sea sincera y franca si no tiene nada que ocultar. Por otra parte, ciertamente los primeros psicoanalistas evitaban infantilizar a sus pacientes.

Este problema es muy importante, puesto que la interacción prototípica en que

una persona miente a otra es la situación padre-hijo: el padre no dice al niño la verdad, sino lo que a su juicio considera «adecuado» para aquel. Este modelo de ayuda mediante la mentira repercutió con fuerza en las relaciones humanas.

En la Europa del siglo XVII, por ejemplo, se consideraba un elogio decirle a una persona que mentía «como un médico» [Fletcher, 1954, pág. 42], Se suponía que los médicos debían tratar a los pacientes del mismo modo que los adultos tratan a los niños. En consecuencia, no solo se justificaba, sino que se imponía la mentira, puesto que decir a los pacientes verdades dolorosas se veía como una actitud innecesariamente cruel. Claro está que este criterio aún predomina. Puesto que el psicoanálisis ganó respetabilidad y poder como especialidad médica, los psicoanalistas renunciaron a investigar el papel del engaño en las relaciones interpersonales. Creo que la actitud psiquiátrica actual hacia la mentira linda con la negación. Se ignora la mentira, o se la considera otra cosa: amnesia, reacción disociadora u otro fenómeno designado con algún término más elegante.

Otro fenómeno estrechamente vinculado con la mentira —pero no idéntica a ella — consiste en no expresarse en forma clara e inequívoca. Si el médico elude discutir los honorarios con el enfermo, no miente, sino que deja un problema importante en estado indefinido, incierto, inexplícito. La principal diferencia entre la mentira y la falta de codificación reside en que en el segundo caso no hay una información errónea activa. La distinción es análoga a la que existe entre falta de información e información equivocada. Empero, al rehusar información a un individuo que la necesita, podemos comprometer o perjudicar su situación, del mismo modo que si le hubiésemos mentido. Quizás en cierto sentido, esto puede ser aún peor, porque a la persona que busca información ahora le resulta más difícil culpar a su informante. Por consiguiente, mantener a una persona a oscuras con respecto a cuestiones de importancia podría ser potencialmente más perjudicial que ofrecerle en forma activa información errónea.

Un caso clínico

Las observaciones que siguen corresponden al contexto del tratamiento psicoanalítico de una joven. Nada diré acerca de las razones por las que acudió en busca de ayuda, ni qué clase de persona era. Me centraré sólo en una faceta de su conducta, a saber, su hábito de mentir. La prueba de que mentía —en el sentido de que comunicaba a alguien un hecho A cuando sabía perfectamente bien que el hecho B era el verdadero — se puso de manifiesto en la etapa inicial del análisis, y siguió siendo un problema crucial a lo largo del tratamiento. La razón principal de su actitud era que se sentía como una niña atrapada en las redes de una madre despótica, dominadora e irracional. El medio más simple y efectivo para enfrentar a la madre fue recurrir a la mentira. El descubrimiento de que la madre aceptaba sus mentiras sin cuestionarlas en forma

abierta la alentó a emplear esa maniobra, y estableció firmemente la mentira como rasgo característico de su personalidad. En su vida adulta, muchos amigos suyos, y en especial su esposo, aceptaban en apariencia sus mentiras, como lo había hecho la madre. Su propia expectativa con respecto a las manifestaciones falsas era reveladora. Por una parte, esperaba que sus afirmaciones fueran tomadas como ciertas. Por la otra, deseaba que sus mentiras se pusieran en tela de juicio y se las desenmascarara. Comprendía que el precio que pagaba al salirse con la suya cuando mentía era la *permanente subordinación psicológica* hacia quienes hacía objeto de su engaño. Podría agregar que esta mujer llevaba una vida bien compensada en el plano social (es decir, «normal»), y no mentía de manera «indiscriminada». Tendía a mentir solo a las personas de quienes se sentía dependiente c hacia las cuales alimentaba algún resentimiento. Cuanto más valoraba una relación, tanto más convencida estaba de que no podía correr el riesgo de permitir una manifestación abierta de diferencias personales, como la que podría resultar del franco intercambio de necesidades u opiniones antagónicas.

En estas situaciones en que la paciente se sentía atrapada, la mentira llegaba a ser un medio de comunicación indirecta, similar a la conversión histérica (es decir, al uso de signos corporales icónicos), o a la comunicación onírica. A medida que ambos nos familiarizamos con el tipo de juego que ella estaba jugando, se fue haciendo cada vez más evidente que la gente a quien ella mentía se daba cuenta, en la mayoría de los casos, de ese juego. Y la joven, por supuesto, también sabía que mentía. Este hecho no disminuía en lo más mínimo la utilidad de la maniobra, cuyo principal valor consistía en *controlar la conducta* —o la respuesta— del otro jugador. Si nos expresamos en términos de la conducta como juego, era como si la joven no pudiese correr el riesgo de *fugar en forma honesta*. Esto habría entrañado, simplemente, tener que hacer su jugada y esperar luego la jugada de su «adversario». El solo hecho de pensar en esa posibilidad la sumía en un estado de angustia intolerable, sobre todo cuando estaban en juego serios conflictos de intereses. En vez de este tipo de juego «abierto», prefería mentir, *lo que significaba recurrir a una comunicación cuyo efecto podía predecir*. Esto la protegía contra el sentimiento de angustia provocado por lo que podría suceder. Sabía, o creía saber, lo que haría su «adversario», y en este sentido estaba casi siempre en lo cierto. Su matrimonio no era más que un juego excesivamente complejo de mentiras, caracterizado por el hecho de que el esposo parecía aceptarlas como verdades —pero, en realidad, sabía que no lo eran—, y utilizaba este conocimiento para manejarla de acuerdo con sus propios intereses.

La incertidumbre y el control en la conducta de participación en un juego

Una característica de la participación honesta en un juego consiste en que las

actividades del otro jugador sólo son previsibles dentro de ciertos límites. En el juego de tenis o de ajedrez no podemos prever con exactitud cuál será la jugada del oponente —a menos que los jugadores se hallen apareados en forma muy desigual, en cuyo caso ni siquiera se podría hablar de «juego»—. Por lo tanto, para participar en un juego es necesario tolerar cierto grado de incertidumbre. Las mismas consideraciones valen para los juegos de relaciones sociales de la vida real.

En otras palabras, si el jugador participa honestamente en el juego —o sea, haciendo todo lo que está dentro de sus posibilidades y conocimientos, en una situación orientada hacia determinada tarea—, no podrá predecir de modo muy satisfactorio la reacción de los demás ante sus esfuerzos[4]. Supongamos, entonces, que por alguna razón es muy importante saber —ser capaz de predecir con toda exactitud— cómo reaccionará otra persona frente a nuestra conducta. Esta es la situación *par excellence* que lleva a la mentira o, lo que es más corriente, a cierto tipo de trampa. *El objetivo del juego ha cambiado ahora, de la orientación hacia la tarea y el dominio de esta, al control de los movimientos del otro jugador*. Para obtener éxito en esta maniobra, es esencial contar con *información acerca de la personalidad* del adversario, en contraste con la necesidad de poseer determinadas habilidades como principal requisito para dominar la tarea.

Estas consideraciones tienen vastos efectos en todas las situaciones en que quienes ejercen alguna autoridad se interesan por la *personalidad* más que por la *actuación* de sus subordinados. Los informes psiquiátricos o psicológicos acerca de los empleados, ofrecidos a los empleadores, o el sistema de formación psicoanalítica, constituyen ejemplos ilustrativos [Szasz, 1958*e*], En estas y otras situaciones se suele tolerar el desempeño inadecuado de la persona subordinada —en realidad, se lo fomenta de manera encubierta— porque los superiores renunciaron al valor y la meta de la pericia en la realización de una tarea práctica, y adoptaron en su lugar el valor de manipular (v. gr., «tratar») a quienes se hallan bajo sus órdenes.

En el caso de la mentira crónica —en una relación matrimonial, por ejemplo— es evidente que este encuadre ofrece a ambas partes, si lo aceptan, un alto grado de seguridad ganada a bajo precio. ¿Cómo se alcanza esta seguridad? El núcleo del problema reside en los *significados metacomunicacionales* de la mentira y su aceptación. Al decir una mentira, el mentiroso informa a su interlocutor que le teme y desea complacerlo. Ello implica que este último lo domina y, en consecuencia, no tiene por qué estar ansioso por la posibilidad de perder esa relación. A la inversa, la persona que acepta la mentira informa al mentiroso, mediante este acto, que ella también necesita mantener la relación. Al aceptar el soborno, por así decirlo, de la lisonja, el halago o la subordinación lisa y llana implícitos en esa actitud, la persona en cuestión afirma en realidad que está dispuesta a permutar estos ítems por la verdad. De este modo, asegura al sujeto mentiroso que no hay razón alguna para que tema perder su objeto. Por consiguiente, ambas partes ganan una dosis —a menudo muy grande— de seguridad.

A diferencia de este encuadre cómodo, pero bastante degradante, una relación humana basada en el intercambio de verdades no encubiertas podría ser más vulnerable a la disolución. Creo que aquí reside una de las razones que explican por qué algunos matrimonios «desgraciados» son mucho más estables, es decir, duran más tiempo, que otros «felices». Los términos «felices» y «desgraciados» se refieren a un tipo particular de juego matrimonial, caracterizado por reglas como la franqueza, la confianza mutua, la dignidad, etc. En cambio, la perpetuación de una relación conyugal, o su disolución mediante el divorcio, como meros hechos, solo codifican el status legal de la relación. Nada nos dicen acerca de las reglas del juego matrimonial. Por esta razón, es por completo falso, desde el punto de vista sociopsicológico, considerar un matrimonio estable como señal de éxito en la participación en un juego (v. gr., «salud mental» o «madurez») y el divorcio como señal de fracaso (v. gr., «enfermedad mental» o «inmadurez»). Por el contrario, algunos matrimonios, como bien se sabe, son juegos muertos. Al mismo tiempo, el divorcio —el cual es de todos modos, parte integrante del juego del matrimonio— puede sin duda representar la participación activa de los jugadores en el juego, antes que su alejamiento de este.

Trampear para perder

Puesto que la mentira tiene implicancias y usos coactivos y de manipulación, no debe extrañarnos que el engaño como maniobra comunicacional básica tenga amplia pertinencia para muchas situaciones ajenas al campo de la psiquiatría. El histérico o el enfermo mental no son los únicos que tienden a recurrir a tácticas coactivas; simplemente, optamos por estudiar y esclarecer estos mecanismos observando la conducta de aquellos, pero se pueden hacer observaciones análogas en diversas situaciones interpersonales, políticas y sociales.

En la relación entre adultos y niños, por ejemplo, encontramos el mismo mecanismo en el fenómeno de «trampear para perder». Esto podría parecer una paradoja, ya que, ¿cómo se puede trampear para perder? No hay contradicción alguna, sin embargo, si el término «trampa» se utiliza para describir la violación deliberada de las reglas del juego. En el lenguaje corriente, se supone que la trampa está motivada por el deseo de ganar. Empero, esto no siempre es así. La trampa también puede obedecer al deseo de perder. Un buen ejemplo es la situación del adulto que juega con un niño, verbigracia, padre e hijo que juegan al ajedrez. Suponiendo que el padre sea mejor jugador que el hijo —como sucederá seguramente, por lo menos hasta que este último lo alcance—, se le podría ocurrir perder algunas partidas para estimular al niño, y poner en práctica esa idea haciendo trampa de tal modo que el niño termine por ganar. Este caso es común en los juegos o deportes competitivos donde niños y adultos juegan juntos, y constituye un modelo adecuado para lo que los psiquiatras llaman «terapia de apoyo» [Goldfarb, 1955, pág.

183]. Estas situaciones pueden describirse como juegos en que *la persona superior (adulto, terapeuta, etc.) permite, con benevolencia, que su compañero inferior (niño, paciente, etc.) aumente sus habilidades sin sancionarlo, al mismo tiempo, por sus fallas*. Todo el encuadre se basa en la definición tácita del niño o el paciente como personas que tienen roles inferiores. El apoyo o estímulo que el niño (o el paciente) recibe en esta situación tiende a ser desvirtuado por la definición del rol implícita en aquel. Tengo una opinión bastante escéptica acerca del valor de estas maniobras para la persona a quien se supone han de ayudar. Su valor para el que ofrece ayuda es, por el contrario, innegable.

Es posible aclarar el rol y la importancia de mentir y engañar para perder por medio de varios ejemplos extraídos de la vida contemporánea: los famosos procesos-purgas soviéticos, en los cuales las personas acusadas declararon contra sí mismas y confesaron actos que no habían cometido [Meerloo, 1956], y el difícil trance vivido por los prisioneros de guerra norteamericanos en China, obligados, en apariencia, a acusarse y confesar que habían realizado actos de los que no eran culpables [Lifton, 1956; Schein, 1951], Si examinamos estos hechos en forma objetiva —es decir, sin aceptar de modo tácito que los actuales juicios de valor éticos y políticos son indiscutibles—, resulta evidente que estas «falsas confesiones» no son tan extrañas o increíbles como se las quiso hacer aparecer. Tienen sus contrapartes en nuestra cultura, en dos situaciones corrientes. Los criminólogos, los psiquiatras e incluso los policías y periodistas saben que, cuando los crímenes violentos reciben amplia publicidad, algunos individuos se entregan a la policía y hacen falsas confesiones. Se puede observar otra contraparte cotidiana de las falsas confesiones totalitarias cada vez que un personaje político importante compite en algún juego deportivo con un deportista profesional. Esta situación es una variante del tema del padre que engaña para perder cuando juega con el hijo. En nuestro caso, es el campeón de golf que incita al presidente de Estados Unidos a creer que es buen jugador de golf, o una estrella del tenis que permite al rey de Suecia anotarse algunos tantos en su favor. Estas situaciones se pueden considerar intentos de organizar juegos en los que intervienen jugadores de habilidades muy dispares. Todos los participantes saben que, en estas condiciones, no es posible ningún juego «real». Hay dos alternativas básicas que permiten reunir a estos dos jugadores tan desiguales en una situación de participación en el juego. Una se basa en la simulación: el jugador superior simula no ser tan hábil como en realidad lo es. La otra alternativa se apoya en el reconocimiento franco de las diferencias que existen entre los jugadores. Esta diferencia se equilibra imponiendo una desventaja al jugador más experto.

La decisión de trampear en contra de uno mismo, o de arrogarle el rol de quien trampea para perder, puede provenir de la persona o serle impuesta contra su voluntad. El padre decidirá «perder» ante su hijo porque cree que esto agradará al niño. El campeón de tenis «perderá» ante el rey —por lo menos, algunos tantos o juegos parciales—, porque se considera que esto es lo correcto o cortés. El «linyera»

inocente confesará crímenes que no cometió, porque siente que ha sido definido como delincuente. Al representar este rol, rinde homenaje a los opresores que le estamparon ese sello de identidad. De igual manera, los «espías» rusos que confesaron, o los prisioneros norteamericanos en China que admitieron cosas que no habían hecho, representaron el juego como se les indujo a hacerlo. Su rol —en el juego ideado, preparado e instrumentado por sus superiores— era actuar como si jugaran a «decir la verdad»; pero «decir la verdad» se definía como autoincriminación. Por consiguiente, solo podían «ganar» si «perdían». Confesar era la única manera de jugar correctamente ese juego. Estas consideraciones subrayan —desde un punto de vista psicológico más que ético— la necesidad de que los organismos democráticos encargados de poner en vigor las leyes se autoimpongan restricciones muy severas. De lo contrario, su poder sería tan superior al del ciudadano susceptible de acusación que este no tendría probabilidad alguna de poder participar con ellos en un «juego legítimo» de criminalidad-o-inocencia. Es lo que ocurre, en realidad, en los países totalitarios.

A diferencia del engaño en que se incurre para perder, basado en la simulación, el juego en que se impone un *handicap* se basa en la franqueza y la honestidad. Este término, tomado del vocabulario de los juegos y competencias deportivas, se refiere a una medida destinada a permitir que los jugadores de destreza desigual compitan entre sí en un «juego legítimo», esto es, en una competencia jugada en forma honesta, y en la que cada jugador se empeña a fondo y de manera seria en ganar. Esto se logra reconociendo abiertamente las diferencias entre los jugadores y disminuyendo las desigualdades al imponer un *handicap* al jugador más fuerte o, lo que es lo mismo, al dar ventaja al más débil. Las reglas propias del juego, más el *handicap*, crean un nuevo juego que se aproxima en todo lo posible al juego ideal, en el que los jugadores compiten en situación pareja. Al reconocer honestamente las diferencias que existen entre los jugadores, la táctica del *handicap* contribuye a preservar la integridad del juego y, por ende, la de los jugadores.

Resumen

La histeria considerada como juego se caracteriza por la meta del dominio y el control interpersonal. La maniobra típica para alcanzar dicha meta es la coacción, mediante la incapacidad y la enfermedad. También desempeñan un papel significativo en este juego diversos tipos de gambitos engañosos, en especial las mentiras.

Si queremos centrarnos en el problema del «tratamiento» de la histeria —y otras «enfermedades mentales»—, debemos esclarecer primero en qué direcciones —o sea, hacia qué tipos de juegos— debe cambiar y canalizarse la conducta del paciente. La palabra «terapia» —a diferencia de la palabra «cambio»— implica que el estado de la

conducta del paciente es «malo», y que la dirección hacia la cual el terapeuta quiere encaminarlo es «buena» o, por lo menos, «mejor». El médico es, desde luego, quien define los términos «malo», «mejor» y «bueno». Empero, la psicoterapia orientada hacia la persona requiere ayudar a los pacientes a definir sus propias concepciones acerca de la enfermedad y la salud psicosociales. Esto significa que el paciente podría fijarse metas que no concuerden con los valores sustentados por su terapeuta. En ese caso, aquel puede cambiar según pautas no consideradas por el terapeuta y opuestas a las preferencias personales de este. Una teoría adecuada de la interacción psicoterapéutica debería dar cabida, sin duda alguna, a esta contingencia.

Por consiguiente, para que las descripciones de las interferencias terapéuticas y los cambios en las actividades vitales del paciente tengan valor científico, sería mejor expresarlas en función de los cambios en las maniobras y orientaciones hacia el juego, pues, como vimos, los cambios que algunos podrían clasificar de «mejorías» o «curas» pueden producirse en cualquiera de estas direcciones: coacción y dominio más efectivo sobre otras personas; mayor sumisión ante otros y creciente preocupación por el sufrimiento; abandono de la lucha por el control interpersonal mediante el alejamiento progresivo de las relaciones mantenidas en la vida real; y, por último, aprendizaje de las metas y maniobras de otros juegos, con el fin de adoptar alguno de ellos.

16. Las relaciones objetales y el modelo del juego

«Creo que la perfección de los medios y la confusión de las metas caracterizan nuestra época. Si deseamos de manera sincera y ardiente la seguridad, el bienestar y el libre desarrollo de las capacidades humanas, no careceremos de los medios para aproximarnos a dicha situación». Albert Einstein [1941, pág. 113].

Si empleamos el marco de las relaciones objetales para considerar a la persona, o la personalidad humana, comprobamos que el desarrollo de esta presenta tres características principales: 1) la adquisición o internalización de objetos; 2) la asimilación de objetos por el yo o sí-mismo, y 3) el aprendizaje necesario para abandonar determinados objetos y adquirir otros nuevos —es decir, olvidar y volver a aprender—. Estos tres requisitos son indispensables, en proporciones variables, para que la personalidad se desarrolle según pautas que consideramos «humanas» en nuestra cultura. Es necesario lograr la síntesis de adecuados objetos internalizados en un todo armonioso para alcanzar una vida adulta satisfactoria [Szasz, 1957*c*].

Objetos, reglas y juegos

La psicología de las relaciones objetales puede aplicarse, en gran medida, a nuestra tesis acerca de los juegos y reglas. Se puede comparar el manejo de reglas y juegos con el de objetos. También es posible considerar que los juegos y reglas funcionan como si fueran objetos. Puesto que conocemos a unos y otras en forma autorreflexiva, su funcionamiento es, en realidad, similar al de los objetos. Por lo tanto, esta *formulación* es *exacta* como descripción *de* determinados acontecimientos y también como modelo teórico.

Al considerar que las relaciones objetales, el acatamiento de reglas y la participación en un juego son aspectos distintos de la fundamental actividad humana llamada *aprendizaje*, resulta evidente que uno de los principales obstáculos que traban el desarrollo de un tipo de vida social más racional y menos conflictivo es la virtual *incapacidad del hombre para olvidar lo que aprendió*. La palabra «incapacidad» quizá sea demasiado fuerte. Lo que en realidad queremos significar es que nuestros esfuerzos para cooperar con el prójimo, con el fin de poder participar en el mismo juego, se ven obstaculizados por dos procesos interrelacionados. Uno es la dificultad para aprender algo nuevo. El otro, la de olvidar o modificar lo aprendido en el pasado, obstáculo que, por muy grande que sea a veces, casi nunca es insuperable. Todo esto sólo es otra manera de exponer y ampliar la clásica formulación freudiana [1910*a*] de que el histérico padece de reminiscencias. Y podríamos volver a expresarla en función de las relaciones objetales diciendo que el histérico (y muchos

otros) sufre debido a la persistencia de antiguos objetos (internalizados) y por su relación inalterada con ellos. Por último, sobre la base del modelo de juego, se podría decir que el histérico continúa jugando al viejo juego, ajustándose para ello a las antiguas reglas. Por otra parte, no sabe que actúa de ese modo, y esta razón, unida a otras, constituye un serio obstáculo para que abandone el juego que está jugando y lo reemplace por otros.

Muchos aspectos de la vida social considerados normales o anormales pueden aclararse si se los examina desde este punto de vista.

Pérdida objetal y pérdida de los juegos: depresión y anomia

La idea de que la pérdida objetal y la depresión (o, de manera general, la angustia), y la pérdida de la estabilidad social y la anomia son conceptos y fenómenos similares, que guardan estrecha relación, no es nueva. Hasta ahora, se las asociaba sustentando la premisa de que los grupos se parecen, de alguna manera, a los individuos. Se suponía que, así como estos necesitaban objetos de apoyo y, cuando los perdían, sufrían procesos depresivos, los grupos también tenían necesidad de contar con metas firmes y organizaciones estables. Cuando estas se desmoronaban, el grupo perdía su «espíritu» y evolucionaba hacia un estado de *anomia* [De Grazia, 1948]. Fue Durkheim quien hizo popular este término, con el cual quiso designar el desarrollo de la apatía y la desorganización sociales provocadas por la pérdida de metas y aspiraciones que antes se apreciaban. Mencionamos estos conceptos solo en forma superficial, porque se los examinó de manera exhaustiva en los textos de sociología [p. ej., Merton, 1957*a*].

Consideremos un aspecto algo distinto, aunque estrechamente relacionado, de la conexión entre psicología individual y grupal, o, en términos más precisos, entre psicología y sociología. El peso de las obras psiquiátricas y sociológicas refleja el supuesto tácito de que la pérdida objetal y sus vicisitudes caracterizan el marco de referencia de la conducta personal; y, de igual modo, que la pérdida de las normas y las vicisitudes de la falta de normas (anomia) caracterizan el marco de referencia de la conducta social. Quiero sugerir ahora que también corresponde considerar de qué manera las normas y la falta de ellas afectan al individuo. En otras palabras, las personas no solo necesitan objetos humanos sino también normas o reglas, o, en forma más general, juegos dignos de ser jugados. La simple observación cotidiana permite comprobar que los hombres sufren penosamente cuando no pueden encontrar juegos que merezcan ser jugados, aun cuando su mundo objetal permanezca más o menos intacto. Para explicar este y otros hechos similares, es necesario tener en cuenta la relación del yo o el sí mismo con los juegos. De lo contrario, nos veríamos obligados a reducir todos los modos de sufrimiento personal a la consideración de las relaciones objetales. Es evidente que esto distorsiona los hechos. Al mismo tiempo, la

pérdida del juego podría considerarse, en realidad, otro aspecto más amplio de lo que solemos llamar pérdida del objeto. A la inversa, como la pérdida de un objeto real o externo implica la pérdida de un jugador del juego —a menos que encontremos un sustituto que se ajuste a este con exactitud—, es inevitable que dicha pérdida conduzca a introducir algunos cambios en el juego. Es claro, pues, que las palabras «jugador» y «juego» describen variables interdependientes que constituyen estados estables y dinámicos —p. ej., personas, familias, sociedades, etcétera.

Creo que sería útil establecer algunas conexiones entre las formulaciones precedentes y el enfoque psicoanalítico, más tradicional, acerca de las relaciones entre las normas y el funcionamiento de la personalidad. En psicoanálisis, el *ideal del yo* y el *superyó* son depositarios de las reglas y juegos aprendidos (o creados) por el individuo. El *superyó* —término que suele utilizarse alternadamente con el de *ideal del yo*— funciona en gran medida como censor: «Esta parte [del yo], que tiene [entre otras] la función de decidir cuáles son los impulsos aceptables y cuáles no, se llama superyó» [Fenichel, 1945, pág. 18], Desde el punto de vista evolutivo, se dice que el superyó deriva sobre todo de la identificación con el objeto frustrante. Así, los psicoanalistas hablan de superyó «paterno» y superyó «materno» [Fenichel, 1945, pág. 104], según que el padre o la madre sea el objeto que frustra. Sin embargo, es erróneo considerar que el superyó es un mecanismo cuya función se agota en censurar y prohibir. Las identificaciones con todos los tipos de valores parentales y culturales contribuyen a la formación del superyó. Las prohibiciones, concesiones, ejemplos, etc., se aprenden y convierten en objetos internalizados en el curso del desarrollo de la personalidad. Las identificaciones con personas y roles, junto con el aprendizaje de reglas y juegos, constituyen la abstracción denominada «personalidad».

Interdependencia del objeto y el juego

Las conexiones entre objeto y juego mencionadas más arriba pueden ilustrarse con varios ejemplos. El niño que pierde a la madre no solo ha perdido un objeto —esto es, un ser humano dotado de afecto y otros sentimientos— sino que se precipita en una situación humana que constituye un nuevo juego. Ya no le es posible vivir de acuerdo con las viejas reglas, es decir, jugar al antiguo juego. La ausencia de la madre significa que otras personas satisfarán algunas necesidades del niño, y que este deberá adaptarse a ellas.

Consideraciones similares se aplican al matrimonio. Según el concepto tradicional, este juego debería perdurar a lo largo de la vida de los jugadores. Es evidente que, en tanto estos defendían realmente este ideal, o sea, trataban de cumplir el contrato matrimonial mientras vivieran, obtenían una poderosa protección contra el trauma de la pérdida del juego. A decir verdad, creo que la institución del matrimonio

evolucionó —y persistió—, no tanto porque constituye un sistema ordenado de relaciones sexuales, ni porque es necesaria para criar a los hijos, sino debido a que ofrece a hombres y mujeres una relación humana estable en el contexto de un juego más o menos inmutable. El matrimonio ha alcanzado esta meta con mayor éxito, quizá, que cualquier otra institución, excepto las religiones organizadas. Los juegos religiosos tienden a ser muy estables. Esto implica que la persona, una vez que aprende a jugar este juego, puede descansar, por así decirlo, y dejar de aprender y cambiar.

La pérdida de un progenitor en la infancia, o del cónyuge en la edad adulta, son situaciones en las que la pérdida del objeto y la del juego van juntas. Hay algunas situaciones, sin embargo, en que ambas pérdidas se producen de tal manera que el grado de importancia de un componente no es, en términos relativos, igual al del otro. Estas situaciones son instructivas, porque revelan ciertas conexiones, de otro modo ocultas, entre la historia del individuo, los objetos internalizados, los valores y el contexto social en que vive la persona.

Vicisitudes del cambio de juegos y de relaciones objetales

Examinaré rápidamente dos situaciones en las que los cambios de juegos y de relaciones objetales se producen de modo asincrónico. El cambio de medio cultural de una familia entera —por inmigración, por ejemplo— constituye un caso ilustrativo de pérdida del juego sin una pérdida igualmente seria de objetos externos significativos. Aquí, sobre todo sí amigos y sirvientes acompañan a los inmigrantes, tenemos una situación en que la gente pierde determinados juegos, sin que ello implique perder, necesariamente, objetos personales significativos. Factores que no interesa considerar en este lugar influyen en tal situación, haciendo que se suavice —o magnifique— el golpe que representa la pérdida del juego. En otras palabras, dichas familias se adaptan fácilmente a los nuevos sistemas de vida, al lenguaje que desconocían, etc., o lloran el juego perdido. En el segundo caso, seguirán viviendo como sí nunca hubiesen dejado la patria. No se producirá ningún aprendizaje nuevo, o este será muy limitado.

Los casos en que la pérdida del juego no se acompaña de una pérdida del objeto tan importante como aquella subrayan la distinción entre los llamados objetos externos o reales, por un lado, y los objetos internos o imaginarios, por el otro [Szasz, 1957*a*, pág. 118]. Los cambios que se produzcan en la relación con los objetos externos provocarán cambios inevitables en la situación de juego. Esto no ocurre en el caso de los objetos internos o imaginarios. Consideremos, por ejemplo, lo que pasa cuando nuestro boxeador favorito pierde una pelea que es decisiva para lograr el campeonato. O recordemos la muerte del presidente Roosevelt. Muchas personas que lo querían y admiraban, pero en realidad no lo «conocían», reaccionaron con pena y

dolor ante su desaparición. Estos dos ejemplos aclaran situaciones en las que la pérdida de cierto tipo de objeto no está acompañada por cambios significativos en las actividades de participación en el juego de la persona, esto es, en su verdadera vida cotidiana.

El aprendizaje de nuevos juegos

El fundamental concepto de aprendizaje puede aplicarse a una amplia gama de fenómenos que incluyen habilidades, relaciones objetales, acatamiento de reglas, participación en un juego, etc. Esto permitiría considerar determinados conceptos psicoanalíticos claves desde un punto de vista más amplio. La trasferencia, por ejemplo, podría verse como un caso específico en que se «juega un viejo juego»[1]. Aunque pocos investigadores creen todavía que la trasferencia se limita al contexto de la situación psicoanalítica, muchos aún sostienen que se trata de un fenómeno que atañe esencialmente (o en forma exclusiva) a las relaciones objetales. Sostengo que las características de la trasferencia pueden observarse también en otras situaciones, sobre todo en la esfera de las habilidades aprendidas. Se podría decir que la circunstancia de hablar un idioma con acento extranjero es similar a la del sujeto que tiene una reacción de trasferencia con su psicoanalista. En tal caso, el individuo se comporta con este último como si fuese alguna otra persona que ha conocido en un período anterior. El sujeto actúa desconociendo casi siempre las manifestaciones específicas de esta pauta de conducta. Esto mismo es válido para el aprendizaje de nuevos idiomas. Las personas que hablan inglés u otro idioma con acento extranjero ignoran, por lo general, sus propias distorsiones lingüísticas y creen hablar con corrección. Solo al oír la grabación de su propia voz, o cuando otros describen —en especial, por imitación— cómo «suena realmente» lo que dicen, reconocen sus «trasferencias lingüísticas» de la lengua materna al idioma extranjero aprendido. Son notables las similitudes que observamos aquí, no solo en los actos de conducta, sino también en la necesidad de utilizar canales de información auxiliares (el psicoanalista, las grabaciones de nuestra voz). Este punto de vista acerca de la trasferencia deriva de observaciones empíricas referentes a la tendencia humana a generalizar las experiencias[2].

La fase evolutiva en la que se produce el aprendizaje, o de la cual deriva una pauta específica de trasferencia, es de fundamental importancia para su posterior modificación. Es necesario llegar a la conclusión de que hay verdaderas limitaciones para olvidar nuestras experiencias más tempranas, no importa que ellas se relacionen en forma primaria con objetos o juegos. Están formadas por identificaciones masivas e indiscriminadas, y se convierten en parte integrante de la personalidad. La eliminación completa del aprendizaje de estas experiencias es casi imposible. Tratar de alcanzar esta meta sería quimérico, y, por ende, nocivo. Esto no significa, por

supuesto, que nada pueda hacerse con respecto a estas primeras impresiones y sus efectos en el desarrollo ulterior de la personalidad. Por el contrario, solo mediante el reconocimiento adecuado de los aspectos relativamente inmodificables de la personalidad será posible conocer y aceptar parte de la estructura básica de la «máquina» humana. Para usar una máquina de manera inteligente y eficaz —sea que se trate de un automóvil, un microscopio electrónico o el hombre—, es importante saber lo que ella no puede hacer y lo que es capaz de realizar. Para un adulto es casi imposible olvidar por completo su lengua materna, pero los niños y adolescentes pueden lograrlo con más facilidad. Las mismas consideraciones se aplican al interés por los deportes. A los niños europeos aficionados desde pequeños al fútbol les resultará difícil interesarse por el béisbol cuando llegan a la edad adulta, aunque hayan vivido muchos años en Estados Unidos. Lo mismo es válido, a la inversa, para los norteamericanos residentes en Europa. Esta característica es digna de atención, ya que se manifiesta a pesar de que el inmigrante asimila fácilmente otros juegos más complejos, propios del nuevo medio cultural.

Las experiencias adquiridas en etapas ulteriores de la vida se suelen aprender de modo discriminado y solo a través de identificaciones parciales. El aprendizaje de este tipo se elimina de manera mucho más fácil que las «reglas motoras» [Piaget, 1932], o los llamados hábitos. Nuevos juegos adecuados podrán reemplazar entonces a los viejos, quedando apenas una huella del pasado. Si los psicoterapeutas y pacientes olvidan estos hechos relativos a la capacidad de modificación del hombre, corren el riesgo de intentar cambiar aquello que no se presta a serlo, y no modificar lo que es pasible de cambio.

Las polaridades interés-apatía, esperanza-anomia

Si examinamos las *actitudes* y los *afectos* de acuerdo con el modelo de juego, hallaremos nuevas conexiones entre nuestro conocimiento de las relaciones objetales y la conducta de participación en un juego. Desde el punto de vista de la relación objetal, «estar interesado en» alguien o algo es un concepto fundamental. Con esta expresión me refiero al mismo tipo de fenómeno que ha sido llamado «carga» o «catexia libidinal», o, simplemente, «carga objetal». Desde la perspectiva de la persona que vive la experiencia, se podría decir que los objetos solo existen en cuanto están cargados de interés. Aunque en general se prefiere el interés positivamente encauzado (v. gr., el «amor») al interés que se canaliza en forma negativa (v. gr., el «odio»), cualquiera de los dos es preferible a la pérdida completa de interés. Esta entraña una pérdida objetal trascendente, y constituye una grave amenaza para la personalidad. Los afectos, actitudes o «estados mentales» designados con los nombres de apatía, desinterés, futilidad, vacío y retraimiento se relacionan con todo esto.

Existe, por regla general, una distinción de naturaleza cultural entre los objetos, basada en el grado de adecuación que tengan como ítems de interés sexual, ocupacional, etc. Una de las cosas que los niños aprenden a medida que crecen en una determinada cultura es cómo ordenar el uso de los objetos de diversas actividades según una escala de preferencias y evitaciones. Si bien muchas jerarquías preferenciales dependen, por lo menos en parte, de necesidades humanas determinadas por factores biológicos, las influencias específicas de las «necesidades» orales, anales y genitales en su expresión socialmente regulada permiten amplias variaciones. Con respecto a este problema, adhiero a la posición culturalista [v. gr., Erikson, 1950]. Queda por mencionar el hecho de que, cuando por una razón u otra el interés no puede mantenerse en determinado nivel superior —en el sentido de un aprendizaje progresivo— de participación en un juego, tiende a ponerse en marcha un proceso de regresión, o degradación temporal. Con el fin de impedir el aislamiento y la apatía totales, se puede dirigir el interés hacia el propio cuerpo, la salud deficiente, las fantasías, etcétera. Podemos construir una serie paralela si observamos que la gente necesita interesarse en algo más que en simples objetos. *El hombre también necesita juegos*. El interés en los juegos —esto es, en estar vivo y vivir— se expresa en diversas formas. Sus principales características son los sentimientos de placer y esperanza, y una actitud de curiosa y estimulante expectación. Así como la actitud afectuosa implica una orientación objetal, la actitud esperanzada entraña una orientación también positiva hacia los juegos (v. gr., los contratos o relaciones sociales, las estructuras sociales, los juegos en el sentido estricto del término, los deportes, etc.).

La esperanza significa, entonces, la expectativa de participar de modo satisfactorio en la interacción social. Esto puede implicar ganar el juego, o jugar bien, o disfrutar de lo que uno hace, o muchas otras cosas Lo esencial es que el persistente interés en participar en varios juegos es una condición *sine qua non* de la vida social y de lo que a menudo se considera «salud mental». Esto se manifiesta en la importancia que adquiere el trabajo para la integridad psicológica del hombre moderno, sobre todo cuando la tarea la elige el propio sujeto y es significativa para la vida social. Para las personas que no poseen fortuna y que, por lo tanto, deben trabajar para subsistir, las situaciones de trabajo constituyen una de las fuentes más importantes de juegos estables. Al interesarse en el trabajo, el hombre puede participar significativamente en un juego y evitar el aburrimiento, la apatía y sus peligros, por un lado, y el volver a evaluar la propia persona, sus objetos y juegos, por el otro. Ambas alternativas son peligrosas para la mayoría de la gente. Por consiguiente, podríamos decir que quienes trabajan «juegan» al juego del trabajo, mientras que los ricos ociosos «trabajan» en la tarea de mantener el interés en un juego. Para estos, los deportes, los viajes, las reuniones sociales, la filantropía y otras actividades son válvulas de escape para su necesidad de jugar.

Hace poco, los psiquiatras que ven en la necesidad de esperanza del hombre una

justificación para respaldar la fe religiosa acentuaron la importancia de aquella [v. gr., Menninger, 1959]. Por supuesto, en la vida todos necesitamos tener esperanzas en algo, pero esto difícilmente justifica, por lo menos desde el punto de vista científico, el retorno al irracionalismo y la postulación de la religión como beneficiosa para la salud mental. El enfoque analítico de los juegos aplicado a los problemas vitales permite describir en forma más clara lo que ya se sabe, o sea, que la fe religiosa ofrece un juego estable. Por otra parte, todas las religiones —en la medida en que uno puede creer en ellas— son fuente de esperanza; pero esta afirmación es, hasta cierto punto, una tautología, ya que si la fe religiosa da esperanza al hombre, también es necesario tener esperanza en que la religión habrá de resultar satisfactoria para que el ser humano pueda creer en ella —con lo cual estamos en un círculo vicioso[3].

El dilema originado en el hecho de que uno debe «dar» esperanza antes de poder «recibir» alguna quizá pueda resolverse. Creo que es justificado sostener que, mientras una persona vive y no es totalmente inconsciente, tiene ciertas relaciones objetales y participa en determinados tipos de juegos. De igual modo, en tanto el hombre vive abriga alguna esperanza, por pequeña que sea. El proverbio latino: *Dum spiro, spero* [«Mientras viva (respire), tengo esperanza»], afirmaba precisamente esto. El hombre carente de toda esperanza, al igual que el hombre que no posee objeto alguno, es una imposibilidad psicológica. En consecuencia, por apático, retraído o esquizofrénico que pueda ser un individuo, nuestra tarea científica consiste en determinar y describir la naturaleza exacta de su mundo objetal y sus actividades de juego. Como terapeutas, tenemos que ayudado, además, a alcanzar —si ello es posible— un nivel evolutivo y ético superior en su orientación hacia los objetos y juegos.

En realidad, podríamos llegar a afirmar que el psicoanálisis siempre se preocupó por preguntar *qué tipo de juego está jugando el paciente*. Si bien es posible que Freud nunca haya formulado esta pregunta en los mismos términos, creemos justificado afirmar que, para él, la «neurosis» era un tipo de juego, y la «normalidad», otro. Se consideraba, por ejemplo, que la masturbación era un juego infantil de actividad sexual, mientras que la relación heterosexual constituía su versión adulta. Estas reglas de juegos encubiertos encontraron expresión en algunas actitudes terapéuticas. La necesidad de que la paciente fóbica enfrente el objeto temido —animarse a salir sola a la calle, por ejemplo, si esto le infunde temor— podría ser una manera de demostrarle que es capaz de jugar ese juego que, según ella, no puede jugar.

De acuerdo con este punto de vista, las «neurosis» o «psicosis» específicas —p. ej., las fobias, la histeria de conversión, el masoquismo, la paranoia, etc.— constituyen diferentes juegos. Las similitudes y diferencias entre ellos podrían evaluarse y tabularse sin dificultad. Si bien no interesa tratar esto aquí, creo acertado señalar el hecho de que, en muchos de estos juegos («enfermedades mentales»), el principal objetivo del jugador («paciente») es controlar a su adversario («el objeto significativo»), y/o demostrar su superioridad y omnipotencia [A. Adler, 1907-1937;

Silverberg, 1952],

La regresión en las relaciones objetales y en la participación en los juegos

Las diferentes pautas de relaciones objetales y de conductas de participación en un juego pueden ordenarse según una escala de valores que varíe de lo simple a lo complejo. En el caso de las relaciones objetales, la conducta puede oscilar desde interacciones humanas mutuamente satisfactorias, de gran complejidad social hacia el extremo superior de la escala, hasta relaciones que utilizan objetos no humanos (sustitutos «parciales») hacia el extremo inferior de la misma. En cuanto a la conducta de participación en un juego, la gama se extiende desde los juegos igualitarios de técnica compleja hasta el serio menoscabo del acatamiento de reglas y la anomia pronunciada. Sin embargo, incluso en los estados en que se observa una carencia bastante grande de normas, es posible discernir algunas pautas de acatamiento de reglas.

En su análisis sobre la anomia, Merton [1957*a*] describió el desarrollo de este estado mostrando qué ocurre cuando los hombres violan las reglas del juego y recurren a la trampa:

«El funcionamiento de este proceso que termina en anomia se puede observar fácilmente en una serie de episodios comunes e instructivos, aunque acaso triviales. Así, en los deportes competitivos, cuando al objetivo de triunfar se lo despoja de sus adornos institucionales y el éxito llega a interpretarse como "ganar el juego" antes que como "ganar conforme a las reglas del juego", se establece, implícitamente, un premio por el uso de medios ilegítimos, pero eficaces desde el punto de vista técnico. A la figura principal del equipo de fútbol rival se la aporrea subrepticiamente; el luchador incapacita a su adversario con maniobras ingeniosas pero ilícitas; los graduados universitarios subvencionan secretamente a "estudiantes" cuyas aptitudes se limitan al campo de deportes. El énfasis puesto en la meta atenuó hasta tal punto las satisfacciones derivadas de la simple participación en la actividad competitiva, que solo un resultado satisfactorio gratifica. A través del mismo proceso, la tensión generada por el deseo de ganar una partida de póquer se alivia cuando el jugador que es mano se arregla para servirse cuatro ases, o —si el culto al triunfo ha florecido realmente— barajando con astucia los naipes en un juego de solitario. La débil punzada de desasosiego en el último caso, y la naturaleza subrepticia de las trasgresiones públicas, indican claramente que quienes eluden las reglas institucionales del juego las conocen. Pero la exageración cultural [o idiosincrásica] de la meta del triunfo hace que los hombres nieguen su sostén emocional a las reglas» *[págs. 135-36]*.

Desde nuestro punto de vista, es importante destacar que el hecho de trampear en el juego demuestra que existe algún grado de interés y de compromiso con este. Es obvio que los hombres trampean, entre otras razones, porque así pueden acrecentar al máximo sus beneficios. Pero las cosas que logran solo tienen relevancia, significado y valor en el contexto del juego. Un ejemplo ilustrativo es la inflación rápida inducida por un gobierno en bancarrota, que recurre simplemente al subterfugio de imprimir más moneda. Al comprobarse que el gobierno se ha convertido en una empresa monopolista dedicada a emitir moneda falsa, el dinero —como papel moneda— pierde valor. Vale tanto, literalmente, como el papel en el que está impreso. Al poco tiempo deja de llamárselo «dinero». Consideraciones análogas se aplican a los juegos sociales, sea que impliquen trampear en el póquer, el tenis, la ciencia, el matrimonio o la vida cotidiana.

El hecho que quiero subrayar es este: la degradación de las reglas del juego en las enfermedades mentales —v. gr., la histeria, el masoquismo y la esquizofrenia— solo puede operar mientras el compañero del paciente y las personas que lo rodean jueguen el juego ajustándose a reglas distintas de aquellas por las que se rige el paciente. Para lograr la estabilidad del juego con reglas degradadas —para que el juego de la enfermedad mental se estabilice aunque sea por corto tiempo—, los diversos jugadores *no deben jugar* al mismo juego respetando iguales reglas que la persona afectada. Así como el cómico necesita de un «actor serio», del mismo modo el padre esquizofrenizante necesita un hijo esquizofrénico, la esposa agorafóbica cierta clase de esposo «protector» (restrictivo), y así sucesivamente. Si el paciente y las personas que interactúan con él jugasen el mismo juego, de acuerdo con las mismas reglas —o sea, si tuvieran relaciones simétricas entre ellos—, el juego de la enfermedad mental no podría manifestarse ni florecer. Esto es, simplemente, otra forma de expresar el conocido concepto psicoanalítico de que los síntomas de un paciente se entrelazan a menudo —y forman una pauta complementaria— con la conducta de sus objetos significativos.

Estas consideraciones resultan útiles para formular dos técnicas en esencia disímiles tendientes a modificar algunos tipos de actividades de participación en un juego (v. gr., la histeria de conversión, la paranoia, etc.). Una consiste en combatir el fuego con fuego, por así decirlo, adoptando los mismos gambitos que emplea el paciente. Esta técnica la propone Sullivan para el caso del «histérico» (cap. 15), y es similar a algunas sugeridas por John Rosen [1953]. En ciertas situaciones, quizá todos los psicoterapeutas —así como otras personas de distintas profesiones— recurrieron a este método, sin entenderlo necesariamente de este modo. Volviendo al ejemplo de la inflación, si suficientes «inversores inteligentes» reconocieran que el gobierno actúa como falsificador y recurriesen a la técnica de tratar el dinero como cosa sin valor, el juego de la inflación no podría durar mucho tiempo. La inflación gradual requiere que el «gobierno» y la «gente» jueguen ajustándose a reglas algo distintas; el primero puede tener interés en que el «verdadero» valor del dinero

disminuya en forma paulatina, mientras que a la segunda le importa que el dinero mantenga su valor sin depreciarse a través de los años.

En suma, puede afirmarse que cuando todos los jugadores que participan en un juego hacen caso omiso de las reglas y se dedican a trampear en gran escala, el juego, esto es, la situación social, se *autodestruye rápidamente*. Esto contrasta con los juegos realizados en forma honesta, que tienden a *autoperpetuarse*. Son, en potencia, de duración ilimitada, y solo terminan con la muerte o el consentimiento mutuo.

El costo humano de los juegos autodestructivos es, por supuesto, muy grande. La rápida corriente inflacionaria solo puede durar pocos meses. Pronto la moneda carece por completo de valor y el juego termina. Se requiere iniciar entonces un nuevo juego. El daño económico, ético y social —en suma, humano— que resulta de este proceso de degradación y destrucción de los juegos es pavoroso. La desocupación en gran escala, la anarquía social y la revolución son sus secuelas habituales. Iguales consecuencias se *observan, aunque en menor medida, cuando* a las técnicas histéricas o masoquistas se contesta del mismo modo. Se puede eliminar el problema de la «enfermedad mental», pero solo al precio de destruir la productividad, la integridad y a menudo la misma humanidad de uno de los participantes del juego, o de todos. El nuevo juego que se inicia cuando la destrucción ha terminado se desarrolla con frecuencia en el nivel de un vivir hasta el fin simples roles estereotipados, que esperan liberarse con la muerte.

El psicoanálisis y determinadas formas de psicoterapia requieren una técnica fundamentalmente distinta, destinada a modificar las actividades implícitas en la participación en un juego. La situación psicoanalítica, en particular, puede considerarse un nuevo juego en el que participan tanto el terapeuta como el paciente, y que difiere de todos los demás juegos en los que este último ha intervenido. Aquel se establece, en realidad, para que sea expresamente distinto del juego de «la vida real» del paciente, ya que es precisamente esta diferencia —que el psicoanálisis codifica como el contraste entre «trasferencia» y «realidad»— la que el paciente tendrá que enfrentar. En el fondo, este último paga al psicoanalista para vivir una experiencia directa con un juego distinto y, de manera específica, para ser capaz de aprender este juego sin incurrir en las penalidades que suelen asociarse con el hecho de tratar realmente de jugar juegos peligrosos.

Una característica crucial del psicoanálisis y la psicoterapia psicoanalítica es que sirven como situaciones de aprendizaje en las que se trata de familiarizar más plenamente al jugador («el paciente») con las penalidades de sus propias técnicas («neurosis»). Como casi siempre el jugador no posee un conocimiento cabal de dichas técnicas —y, por el contrario, tiende a sobrestimar la eficacia de su juego y a subestimar los juegos de los demás—, esta experiencia de aprendizaje estimula en forma positiva el deseo de modificar su conducta. Tan pronto como este deseo se arraiga con firmeza, el resto —debido al esfuerzo racional, profundo e inteligente de comprender y cambiar por parte del terapeuta y el paciente— se convierte en algo

bastante fácil, siempre que el paciente comparta determinadas aspiraciones éticas inherentes a este tipo de psicoterapia. En caso contrario, su propio juego podría ser lo que más le conviene. El esfuerzo para cambiar quizá no ejerza en él un efecto «terapéutico», aunque pueda ayudar a algunas personas que lo rodean. No sabemos si esta función psiquiátrica es adecuada o no; sea como fuere, se trata de un problema discutible que merece un detenido estudio.

La psiquiatría como acción social

La tesis de que las actividades psiquiátricas constituyen tipos determinados de acción social está bien documentada. El concepto de que cualquier actividad psiquiátrica es, entre otras cosas, una forma de acción social —aunque resulta más clara cuando se trata de episodios como la internación u hospitalización de una persona por parte de otra que en el caso del psicoanálisis—, debe tenerse en cuenta como punto de partida para nuestras observaciones. Se podrían distinguir tres clases de pautas de acción, más o menos distintas y separadas entre sí, de acuerdo con la posición del psiquiatra ante los juegos que descubre en sus pacientes, sus familias y la sociedad en que él y ellos viven.

El psiquiatra como científico teórico es un experto en conducta —considerada un juego—, y comparte, sus conocimientos sobre la materia con aquellos que lo contratan en su calidad de tal, o que desean aprender lo que él enseñe en su carácter de hombre de ciencia que divulga sus conocimientos.

El psiquiatra como ingeniero social o *perito en ciencias aplicadas* selecciona a los jugadores y les asigna los juegos que pueden, o deben, jugar.

El psiquiatra como manipulador social de material humano castiga, coacciona o influye en la gente, induciéndola a jugar —o a interrumpir— determinados juegos.

El primer tipo de actividad psiquiátrica no permite distinguir casi el trabajo del psiquiatra de la labor del antropólogo, el psicólogo social, el sociólogo y el conductista. La psiquiatría concebida de este modo es una rama de la ciencia social. No obstante, tiene importancia para la medicina —aun si deja de alardear de ciencia biológica—, a menos que la esfera de las actividades médicas se restrinja a límites mucho más estrechos que los que ahora abarca. En la medida en que la medicina debe ayudar a personas con problemas, antes que limitarse a reparar organismos biofísicos, parece inconcebible que pueda funcionar sin conocer al hombre como ser social. El rol social del terapeuta psicoanalítico se aproxima al del científico teórico, aunque no coincide exactamente con él, debido a que su repercusión social directa se restringe a quienes están preparados para someterse a él por propia voluntad. El tratamiento psicoanalítico, concebido como corresponde, no se impone a nadie, del mismo modo que en una sociedad democrática nadie está obligado a informarse o adquirir conocimientos.

El psiquiatra como ingeniero social, encargado de seleccionar a los jugadores para sus juegos «apropiados», actúa en las fuerzas armadas, como consejero matrimonial, en los hospitales neuropsiquátricos, en los tribunales y en otras partes [Szasz, 1956*b*, 1957*e*, 1959*b*]. En el servicio militar, por ejemplo, el rol del psiquiatra consiste en determinar quiénes pueden jugar a ser soldados y quiénes no. Estos últimos son castigados y/o eliminados del juego. De igual modo, el psiquiatra de los hospitales estatales tiene la tarea, quizás un poco sobresimplificada, de establecer quiénes deben jugar el juego de la «enfermedad mental». A aquellos que no son capaces de participar en el juego de la «normalidad social» se les asigna el juego de la «enfermedad psiquiátrica». Ello implica que deben adoptar el rol de paciente mental y todo lo que esto entraña. Están privados, además, de la posibilidad de cambiar de juego, por así decirlo. Solo pueden eludirlo si están dispuestos a jugar a ser normales y son capaces de hacerlo, o si mueren.

El tercer tipo de actividad psiquiátrica —la manipulación activa de personas, familias, grupos, etc.— no está claramente separado del segundo tipo. La principal diferencia entre ambos es que, en aquel, la actividad del psiquiatra se limita, en general, a seleccionar, clasificar y asignar roles, mientras que en este procede a moldear a los «pacientes» en los roles que eligió para ellos. El psiquiatra que simplemente aconseja no pedir el divorcio a una pareja casada ha realizado una tarea de distribución o clasificación. Clasificó a la pareja en la categoría de cónyuges. Pero, si no se detiene allí, y en cambio procede a «tratar» a ambos con el expreso propósito de contribuir al buen éxito del matrimonio, está actuando como fuente de influencia para lograr que los pacientes desempeñen el rol deseado. La electroterapia, la psicoterapia infantil y muchas otras intervenciones psiquiátricas ilustran actividades de este tipo. La función del psiquiatra como ingeniero social, cuya tarea es distribuir a los pacientes en los casilleros de «identidad» a los que «pertenecen», y asegurarse que se ajustarán a los mismos ejerciendo en ellos la influencia «adecuada», no pasó desapercibida para algunos sagaces observadores filosóficos y literarios [Dennis, 1955; Russell, 1953, 1954]. Creo —innecesario es decirlo— que debemos tener serias reservas acerca de las actividades psiquiátricas correspondientes a los tipos segundo y tercero. Si bien el primer tipo de actividad psiquátrica es, a mi juicio, mucho más satisfactorio, esto no significa que lo considere positivo en todos sus aspectos. Sería conveniente adoptar también, con respecto a este tipo de actividades, una actitud crítica y abierta.

Resumen y conclusiones

«La tensión de la civilización (…) es suscitada por el esfuerzo continuo que nos exige la vida en una sociedad abierta y parcialmente abstracta, por el esfuerzo para ser racionales, renunciar por lo menos a algunas de nuestras necesidades sociales emocionales, cuidar de nosotros mismos y aceptar responsabilidades. Creo que debemos soportar esta tensión como el precio que hemos de pagar por cada aumento del caudal de conocimientos, de la racionalidad, la cooperación y la ayuda mutua, y, por ende, de nuestras probabilidades de supervivencia y del tamaño de la población. Es el precio que tenemos que pagar por ser humanos». Karl R. Popper [1945, pág. 172].

Se eligió la histeria como ejemplo típico de enfermedad mental, y ella sirvió de punto de partida para nuestra investigación acerca de la naturaleza de la experiencia y la conducta personales. Charcot, Breuer, Freud y muchos de sus contemporáneos observaron que ciertas pautas de la conducta humana —o, en términos más precisos, determinados modos de comunicación no verbal— se parecían a enfermedades neurológicas, pero diferían de estas en algunos aspectos cruciales. Por razones históricas y sociales, se *definió* y *clasificó* a los fenómenos en cuestión como miembros de la clase llamada «enfermedad». Por consiguiente, la histeria como enfermedad cuasineurológica configuró el núcleo en torno del cual cristalizó, poco a poco, la vasta estructura de la «psicopatología».

Origen del concepto moderno de enfermedad mental

La histeria y el concepto de enfermedad

El error de clasificar la histeria como enfermedad, subrayando sus similitudes con enfermedades neurológicas conocidas, es atribuible, en gran medida, a la concepción reduccionista de la conducta personal, característica del siglo XIX. De acuerdo con este enfoque, se consideraba que toda conducta era un problema de fisiología nerviosa y muscular. Así como la ataxia tabética se explicaba en función de determinadas lesiones nerviosas, se suponía que la conducta normal también podría explicarse en forma adecuada describiendo sus correlatos neuroanatómicos. Este punto de vista descansaba en la errónea creencia de que no había diferencias significativas entre los complejos items de conducta aprendida, por una parte, y las manifestaciones conductales de *defectos orgánicos*, por la otra. Por lo tanto, todo funcionamiento defectuoso c el organismo se veía, *prima facie*, como prueba de

enfermedad. En vista del tipo de tarea práctica que realiza el neurólogo, es fácil comprender su tendencia a incurrir en este error. Ocurre a menudo que las enfermedades del sistema nervioso (p. ej., la esclerosis múltiple, o el tumor cerebral) se manifiestan primero mediante peculiaridades de la conducta personal. Esto explica que se cayera fácilmente en la tentación de inferir que el cerebro y la conducta mantienen una simple relación causal.

Este enfoque concordaba con los preconceptos filosóficos predominantes en el campo de la medicina acerca de los principios de esta disciplina científica, y permitía tratar como problemas médicos toda suerte de complejas situaciones humanas que alcanzaban su forma manifiesta en la creencia del paciente de que estaba enfermo. Si los métodos de examen fisicoquímico conocidos no revelaban la presencia de una enfermedad física, esto no era motivo de gran preocupación. El modelo de enfermedad aceptado en las postrimerías del siglo XIX derivaba de las experiencias del médico con la tuberculosis, la sífilis y la fiebre tifoidea. Así como la ciencia médica había descubierto las causas de estas enfermedades, lo mismo ocurriría con la histeria y las enfermedades mentales.

Charcot logró que la profesión médica aceptase la histeria, pero esto no constituyó un descubrimiento científico, sino una reforma social. La promoción, por así decirlo, de algunos miembros de la humanidad sufriente a un rango social más elevado implicó el enmascaramiento de] carácter lógico de los fenómenos observados.

Debido a la naturaleza conceptual de la psiquiatría de fines del siglo XIX, la histeria se comparó y contrapuso al fingimiento, por un lado, y a la «enfermedad real», por el otro. El criterio médico y psiquiátrico prevaleciente, según el cual la conducta que imitaba a la enfermedad constituía un intento de engañar y burlar a los facultativos, tornó imperiosa la necesidad de condenarla. Los médicos que se oponían a esta condena debían sostener que las personas que manifestaban este tipo de conducta *estaban* «enfermas». De este modo, era posible describir el comportamiento de aquellas como una imitación de la enfermedad —y estudiarlo desde un punto de vista científico—, al mismo tiempo que se eludía el diagnóstico peyorativo de fingimiento. Esta maniobra ocultaba un peligro. El concepto de enfermedad, utilizado en un principio con fines de promoción social, se aceptó rápidamente como descripción correcta de «hechos». La expresión «enfermedad mental» no se interpretó en un sentido metafórico, como correspondía hacerlo, sino que alcanzó un alto grado de concretización y comenzó a tener vida propia. Ahora se denomina *pancreston* [Hardin, 1956], palabra que, se supone, lo explica todo; pero nada explica, en realidad, y solo sirve para obstaculizar nuestra comprensión crítica. En la psiquiatría moderna, esta tesis está representada por la persistente postura de negar que un individuo pueda *querer* imitar la enfermedad y *jugar el rol* da la persona incapacitada, sin estar necesariamente enfermo. La categorización nosológica de cada posible faceta del fingimiento como una manifestación de enfermedad mental es el

resultado de esta tendencia.

Sociología de la relación médico-paciente

A fines del siglo XIX, en Europa y Estados Unidos la asistencia médica se compraba, como si se tratara de una propiedad privada. La práctica privada de la medicina convirtióse en parte integrante de la sociedad individualista y capitalista. Quienes no podían comprar esta mercancía se veían obligados a conseguirla —como hacían con muchas otras cosas— recurriendo a la caridad de los demás. La práctica privada de la relación médico-paciente fue un antecedente decisivo de la situación psicoanalítica. En ambos casos, el terapeuta era agente o representante del paciente, y no de alguna otra persona o grupo.

La práctica de la medicina en el siglo XIX puede compararse muy bien con las prácticas actuales del mundo occidental. En la actualidad, dicha práctica se caracteriza por una mezcla de asistencia *privada* y de asistencia por medio del *sistema de seguro de salud*. Este introduce terceras (y cuartas, etc.) partes en la relación entre paciente y médico. Por último, en el sistema soviético de práctica de la medicina, el médico es agente del Estado. Según el tipo de incapacidad que sufra el paciente, el sistema médico soviético conduce fácilmente a diversos conflictos entre el médico, el paciente y el Estado. El concepto de fingimiento es muy corriente en la Unión Soviética, mientras que en los países occidentales fue desplazado, en gran medida, por los conceptos de histeria, neurosis y enfermedad mental. Ninguno de estos términos denota o describe una «entidad nosológica». En realidad, surgen de —y reflejan— rasgos característicos de la matriz social de la situación terapéutica. Señalan, por otra parte, las preferencias secretas de la ética individualista o colectivista, y sus conceptos concomitantes acerca de los deberes y privilegios mutuos del ciudadano y el Estado.

¿Qué es la psiquiatría?

Es corriente definir la psiquiatría como una especialidad médica dedicada al estudio, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades mentales. Esta definición es inútil y engañosa. La enfermedad mental es un mito. Los psiquiatras no se ocupan de las enfermedades mentales y de su terapia. En la práctica enfrentan problemas vitales de orden social, ético y personal.

He demostrado que, en la actualidad, la idea de que una persona «tiene una enfermedad mental» es nociva desde el punto de vista científico, pues ofrece apoyo profesional a una racionalización popular, consistente en creer que los problemas vivenciales experimentados y expresados en función de sentimientos o signos

corporales —o de otros «síntomas psiquiátricos»— son significativamente similares a las *enfermedades orgánicas*. Socava, asimismo, el principio de responsabilidad personal —en el cual se basa, necesariamente, el sistema político democrático—, al atribuir a una fuente externa (es decir, a la «enfermedad») la culpa por la conducta antisocial. Sabemos que, en el caso del paciente individual, esta actitud impide un enfoque psicoanalítico escrutador de los problemas que los «síntomas» ocultan y manifiestan al mismo tiempo. Codificar *ipso facto* como problema de la medicina todo tipo de ocurrencia que se presenta en un medio médico tiene tanto sentido como sugerir que, cuando los físicos discuten, su argumentación constituye un problema de la física.

Aunque poderosas presiones institucionales prestan apoyo masivo a la tradición de mantener los problemas psiquiátricos dentro de la envoltura conceptual de la medicina, el desafío científico resulta claro. La tarea consiste en redefinir el problema de la enfermedad mental, de modo que se la pueda incluir en la categoría general de las ciencias humanas. La medicina misma contribuye a esta empresa, como lo hacen muchas otras disciplinas. Sin embargo, para realizar esta tarea es menester definir con más claridad los enfoques psiquiátrico y psicoanalítico. Es inevitable que estas disciplinas se mantengan en pie o caigan según el valor que posean sus métodos. Puesto que estos atañen al análisis de las comunicaciones, y sus conceptos implican los de estructura psicosocial y conducta de utilización de signos, no debemos diferir por más tiempo la descripción de nuestro trabajo en términos que se ajusten a estos métodos y conceptos. Ello requeriría, por supuesto, una revisión minuciosa —y, en realidad, el abandono completo— de muchos de nuestros conceptos acerca de la psicopatología y la psicoterapia. La primera debe concebirse en función de las relaciones objetales, la utilización de signos, el acatamiento de reglas, los roles sociales y la participación en un juego. En cuanto a la psicoterapia, es necesario sistematizarla como una teoría de las relaciones humanas que implique ordenamientos sociales específicos y fomente determinados valores y tipos de aprendizaje.

Análisis semiótico de la conducta

Los signos corporales de la histeria de conversión —v. gr., la parálisis o el ataque histérico— fueron elegidos como ejemplos característicos de por lo menos un tipo de los llamados síntomas psiquiátricos. Nuestra investigación se centró en estos puntos: 1) ¿qué tipo de lenguaje, o de sistema de comunicación, emplean las personas que manifiestan una conducta de esa índole?; 2) ¿qué tipo de relación objetal se establece y se mantiene por medio de las comunicaciones histéricas?, y 3) ¿cuáles son las funciones interpersonales específicas de las comunicaciones indirectas en general, y de los sueños y determinados «síntomas psiquiátricos» en particular?

El «síntoma psiquiátrico» como una forma de lenguaje gráfico

Se descubrió que la relación de naturaleza icónica era la principal característica dé los signos que suelen observarse en las comunicaciones sintomáticas histéricas. Un signo icónico se define como un objeto X, el cual, debido a su similitud con otro objeto Y, es utilizado para designar a este. La relación de similitud (iconicidad) se basa, por lo general, en la apariencia, como en el caso de una fotografía; también se puede basar en la función. Así, los animales pueden simbolizar (representar) a personas, cono en los dibujos animados, porque ambos muestran manifestaciones de vida.

La observación de que los síntomas histéricos describen determinados acontecimientos fue hecha originariamente por Freud, quien afirmó que la histeria era como una pantomima mediante la cual el paciente trasmitía un mensaje por medio de signos no verbales. La seudociesis es un buen ejemplo, pues constituye una representación gráfica de la idea «estoy embarazada». El lenguaje corporal histérico consta, en esencia, de imágenes. Como tal, es similar a otros lenguajes gráficos, como las *charadas* o los *acertijos gráficos*. En cada uno de estos la comunicación se establece por medio de imágenes (signos icónicos) en vez de palabras (signos convencionales). En un acertijo gráfico se puede representar el apellido «Forrestal»[1] mostrando el dibujo de varios árboles, a la derecha de los cuales hay un hombre alto. Dado este acertijo, la tarea consiste en traducir el lenguaje gráfico al lenguaje verbal. De manera similar, en el juego de las charadas, un proverbio, una cita, o cualquier otra frase «explicada» con palabras debe ser «representada» por uno de los jugadores, de modo que sus compañeros reconozcan el mensaje. En ambos ejemplos hay un proceso bidireccional de traducción o trasformación de signos. En las charadas, la persona que representa en forma dramática el mensaje debe traducir del inglés (o de otro idioma conocido) a la pantomima, mientras que sus compañeros de equipo tienen que invertir el proceso, trasformando de vuelta la pantomima en inglés. En la histeria, y en muchos otros fenómenos de conducta, la labor del psiquiatra es análoga a la de la persona que trata de descifrar un acertijo gráfico. El significado de la histeria —expresado en forma de lenguaje gráfico o, más precisamente, de un lenguaje compuesto por signos icónicos— debe traducirse al lenguaje verbal cotidiano.

Hemos comparado luego el carácter lógico de las comunicaciones compuestas por signos corporales icónicos con otros tipos de comunicaciones. Como el lenguaje corporal histérico constituye un modo de comunicación inferior, desde el punto de vista lógico, al lenguaje objetal y el metalenguaje, recibió el nombre de protolenguaje. El lenguaje verbal corriente guarda una relación *meta* con el protolenguaje.

Funciones del protolenguaje

El protolenguaje puede servir para todos los usos instrumentales y cognitivos del lenguaje corriente. Las diferencias en cuanto a utilidad entre el lenguaje de los signos icónicos y el lenguaje simbólico convencional residen en el grado en que es posible cumplir las diversas funciones del lenguaje por medio de cada uno de ellos. Por ejemplo, para propósitos puramente cognitivos, el protolenguaje es muy inferior al lenguaje objetal y al metalenguaje. Es superior, sin embargo, cuando se lo usa para establecer una comunicación afectiva y promotora. Así, la expresión facial de agudo sufrimiento, acompañada quizá de lágrimas y gemidos, suele ser mucho más efectiva para trasmitir un estado de ánimo e inducir la acción deseada que la simple frase «me duele».

El protolenguaje es, hasta cierto punto, no discursivo. Esto es inherente al hecho de que está constituido por signos icónicos antes que convencionales. El modo de simbolización icónica entraña una relación de signos más idiosincrásica o privada que la simbolización convencional. Los sistemas lingüísticos de carácter público o impersonal (p. ej., el lenguaje matemático, el código Morse) son los más discursivos, mientras que los idiomas típicamente privados o personales (v. gr., un síntoma «histérico» o «esquizofrénico») son, en cierta medida, no discursivos. El lenguaje corporal histérico, debido a su iconicidad y no discursividad, ofrece muchas posibilidades de errores y malentendidos en la comunicación cognitiva. La exploración del uso cognitivo o informativo de los signos corporales icónicos nos permitió preguntar si era posible que dicha comunicación fuera similar a los errores y mentiras del lenguaje cotidiano. El análisis de este problema reveló un acentuado paralelismo entre los conceptos de fingimiento, histeria y enfermedad («orgánica» corriente), por una parte, y los conceptos implícitos en los actos de mentir, cometer un error y decir la verdad, por la otra.

La consideración de los usos de los signos corporales icónicos en un contexto psiquiátrico condujo, por último, a subrayar la función hasta ahora ignorada de este modo de conducta comunicacional. Se llegó a descubrir la función de búsqueda objetal y mantenimiento de la relación objetal que cumple todo tipo de comunicación, mediante la combinación de los enfoques semiótico y de relaciones objetales relativos a los problemas de comunicación en psiquiatría. Este punto de vista presta especial fuerza a la interpretación de fenómenos como la danza, el ritual religioso y las artes figurativas. En cada uno de estos casos, el participante, o el observador, es capaz de *establecer una relación humana significativa por medio de un sistema particular de comunicación*. Lo mismo es válido para niveles superiores —desde el punto de vista *lógico*— de lenguaje, como la matemática. Los científicos logran y mantienen el contacto objetal con sus colegas mediante lenguajes especiales, así como los miembros de las tribus primitivas podían gratificar necesidades similares por medio de una danza ritual. Es significativo que el lenguaje científico muestre, además del aspecto de las relaciones objetales, una faceta cognitiva, y que esta falte en gran medida, aunque no del todo, en los modos de comunicación más primitivos. Empero,

las consideraciones acerca del contacto objetal son, por lo menos en potencia, relevantes para todas las funciones de utilización de signos.

Uso de las comunicaciones indirectas

La histeria, o cualquier enfermedad mental, puede considerarse también una comunicación o lenguaje indirecto que se utiliza en forma ambigua, por lo general para permitir que el receptor del mensaje opte entre varias réplicas alternativas. Las insinuaciones, alusiones y expresiones metafóricas de toda índole son ejemplos cootidianos de comunicaciones indirectas. La necesidad de este modo de comunicación surge casi siempre en la familia. Las condiciones sociales de esta unidad requieren que los miembros de la familia frenen sus deseos y, por ende, tornan necesarias sus representaciones simbólicas explícitas. Esto conduce a la inhibición («represión») de las formas directas de comunicación, y estimula el desarrollo de formas más tortuosas o indirectas de conducta comunicacional. Ilustramos la función de las alusiones mediante el análisis de la comunicación de sueños. El «síntoma histérico» puede considerarse también una alusión dirigida a los objetos significativos del paciente o a los médicos.

Las principales ventajas de la alusión —y, por consiguiente, de la histeria— son: 1) Ofrece un medio para enviar un mensaje cuyo efecto despierta temor, sea porque la comunicación expresa deseos extraños al yo, o porque es un reproche agresivo dirigido a una persona amada, pero necesaria. 2) Permite comunicar algo sin crear un compromiso total con lo comunicado. En otras palabras, brinda una vía de escape si el mensaje no da en el blanco o sufre un rechazo. 3) Permite que alguien logre lo que desea, sin que tenga que pedirlo en forma explícita. Por lo tanto, protege a la persona que busca ayuda de ser humillada si su pedido fuese rechazado. Este mecanismo es muy importante, y los niños lo utilizan con frecuencia. También lo emplean los adultos, sea porque conservaron determinados ideales infantiles (p. ej.: «No necesito nada, ni a nadie»), o porque se hallan en una situación en que se sienten ligados a una persona por un vínculo cuya intensidad no justificarían las «condiciones objetivas» (p ej., el «amor a primera vista»). En estas situaciones, la alusión —expresada por medio de «síntomas mentales» o metáforas aceptables para la sociedad— proporciona un modo de comunicación exploratorio.

Las situaciones de estrecha interdependencia personal favorecen las comunicaciones indirectas, mientras que ciertos tipos funcionales y más impersonales de relaciones sociales estimulan las comunicaciones directas. En la situación psicoanalítica, las funciones alusivas de la histeria, los sueños y otros «síntomas mentales» se someten a permanente estudio. En realidad, podríamos decir que uno de los propósitos del proceso psicoanalítico es inducir al paciente a abandonar sus comunicaciones indirectas («de trasferencia», «sintomáticas»), y a reemplazarlas por

mensajes directos formulados en lenguaje corriente. Esto se logra colocándolo en una situación en que la alusión no se recompensa —como podría serlo en la vida cotidiana—, pero la comunicación directa, sí. Esto es inherente a las condiciones de la situación psicoanalítica, en la que se asigna un explícito valor positivo a la comunicación directa (veracidad absoluta, reserva de la situación bipersonal, etc,). En consecuencia, las condiciones interpersonales del psicoanálisis favorecen un proceso de cambio con respecto a la (habitual) conducta de utilización de signes del paciente.

La persona que se psicoanaliza se halla en una situación comparable a la de alguien que va a un país extranjero con fines de estudio. Por medio de esta analogía es posible ilustrar la doble repercusión del psicoanálisis en la conducta de utilización de signos del paciente. Primero, lo induce a abandonar su modo habitual de comunicación (lengua materna, lenguaje sintomático) y a sustituirlo por un *nuevo lenguaje* (idioma extranjero, comunicación directa en lenguaje corriente). Este logro, por sí solo, podría ser simplemente una «cura de trasferencia». Desde un punto de vista ideal, el psicoanálisis logra más que esto, del mismo modo que el viaje al exterior para estudiar física permite al estudiante aprender un idioma extranjero *y* física. De manera similar, en la situación psicoanalítica el analista no solo induce al analizando a abandonar el lenguaje sintomático para adoptar la comunicación verbal corriente, sino que *también le enseña a examinar y comprender las pautas particulares de las relaciones objetales que ha tenido*, *y las pautas de comunicación que aquellas originaron*. Así, el objetivo básico del tratamiento psicoanalítico es permitir que el paciente aprenda a conocer sus relaciones objetales y su conducta comunicacional. Es menester realizar de manera satisfactoria el pasaje del protolenguaje al lenguaje objetal y el metalenguaje antes de intentar dominar la tarea mucho más trascendente del autoconocimiento.

El propósito principal del lenguaje corporal icónico puede ser, simplemente, establecer contacto con objetos. Algunas personas no tienen acceso, a veces, a ningún lenguaje verbal que les permita dirigirse legítimamente a sus semejantes. Si todo lo demás fracasa, queda aún el lenguaje de la enfermedad, un lenguaje que casi todas las personas del mundo comprenden y saben hablar. Este es el lenguaje que los solitarios, los deprimidos, los pobres y los ignorantes todavía pueden utilizar y con el cual esperan «obtener algo» que no pudieron conseguir por otros medios. Por lo tanto, el lenguaje de la enfermedad —y el de la desviación social— constituyen el último, y acaso el más firme, bastión sobre la base del cual el hombre insatisfecho y «regresivo» puede ofrecer su última resistencia y reclamar su parte de «amor» humano [Szasz, 1957*a*]. Para el lego, o para el médico o psiquiatra orientados hacia la terapia, este mensaje, a través del cual se busca ayuda en forma inespecífica, puede ser, por supuesto, difícil de oír, ya que todos trabajan de acuerdo con el supuesto de que lo que ven y oyen son manifestaciones de «enfermedad». Esto no les deja otra opción que tratar de «curar», o, por lo menos, «aliviar» la «enfermedad». Sin embargo, parece que toda esta imaginería es falsa. El espectáculo que enfrentamos es

sólo un aspecto de la *condición humana* —llamémoslo hado, destino, estilo de vida, carácter, existencia o como queramos—, y lo que oímos y vemos son los *gritos que piden ayuda* y *sus representaciones gráficas*.

El modelo de la conducta como acatamiento de reglas

«La vida social —afirma Peters [1958]— nunca es igual a la vida de la jungla hecha popular por las teorías evolucionistas, o sea, un problema de mera supervivencia; es cuestión de sobrevivir de determinada manera» [pág. 127]. Preguntar, entonces: «¿De qué manera?», y ofrecer respuestas para este interrogante, es la tarea de las ciencias que se ocupan del hombre como ser social. Puesto que la supervivencia bajo la forma de manifestaciones de «histeria» (o de alguna «enfermedad mental») es distintiva del ser humano, debemos estudiar los factores que contribuyen a esta pauta de la existencia humana.

Clasificación de las reglas

Se pueden distinguir tres categorías generales de reglas. Al primer grupo corresponden las regularidades llamadas leyes naturales o reglas biológicas, que deben obedecerse para que no corra peligro la supervivencia física. A título de ejemplos, podemos citar la necesidad de satisfacer la sed o el hambre, y la de prevenir los daños provocados por caídas, quemaduras, etc. Las leyes prescriptivas constituyen el segundo grupo. Son las reglas sociales, religiosas o morales que gobiernan la vida social entre determinados grupos humanos. La Biblia, o la Constitución Norteamericana y la Declaración de Derechos, son ejemplos típicos. Estos definen las reglas del juego por las que debe regirse la vida social de una comunidad específica. El tercer grupo —el de las «reglas imitativas o interpersonales»— está compuesto por las pautas de acción que los niños deben copiar, de manera más o menos exacta, de la conducta de los adultos que los rodean, si han de participar en la vida social de grupo: aprender, por ejemplo, la lengua materna, el empleo de los utensilios domésticos, las normas para comer, etc. Las reglas biológicas son de suma importancia para la supervivencia de la especie y del organismo humanos (y también animal). Los objetivos de las ciencias médicas básicas (fisiología, bioquímica, genética, etc.) y de la medicina clínica son explorar, elucidar y, a veces, modificar estas reglas. Las reglas sociales e interpersonales, por otra parte, constituyen el tema esencial de las ciencias del hombre (antropología, psiquiatría, psicoanálisis, psicología, sociología, etc.).

La situación familiar, la religión y las reglas para obtener y brindar ayuda

Las pautas infantiles de búsqueda y obtención de ayuda constituyen el núcleo de un sistema de reglas que, en el curso ulterior de la vida, pueden estimular la búsqueda o la imitación de la enfermedad o la incapacidad, con el fin de inducir a los demás a cuidar del individuo. Las enseñanzas religiosas judías y cristianas acrecientan con frecuencia esta característica comunicacional y coactiva de cualquier clase de incapacidad. Con respecto a este tema, efectuamos un examen de la Biblia y demostramos que las religiones judeo-cristianas fomentan de muchas maneras la enfermedad o la incapacidad. Los estados de zozobra, miseria y fracaso —debidos a estupidez, pobreza, enfermedad o cualquier otro factor— pueden interpretarse como metas potencialmente deseables, ya que, así como al bebé hambriento se le da el pecho de la madre, del mismo modo al hombre incapacitado se le prometen la benevolencia y la ayuda omnímoda de Dios. Esta pauta de interacción y comunicación humanas es la principal fuente de gran cantidad de reglas que conspiran, por así decirlo, para fomentar la puerilidad y la dependencia del hombre. Estas contrastan con las reglas que subrayan la necesidad de que el hombre se esfuerce por alcanzar el dominio, la responsabilidad, la confianza en sí mismo y la interdependencia mutuamente cooperativa.

Hechicería e histeria

Ilustramos los efectos específicos de determinadas reglas bíblicas en la conducta humana por medio del fenómeno social de la hechicería medieval, y comparamos las teorías psiquiátricas que se refieren a esta con las teorías de acatamiento de reglas. Según las primeras, las brujas eran histéricas que habían recibido un diagnóstico erróneo. Para las segundas, eran personas sacrificadas como víctimas propiciatorias en el juego de la vida real, donde las actividades de Dios y de Satanás se consideraban en forma demasiado literal y seria.

En el Medievo, la hechicería existía como parte integrante del juego cristiano de la vida. Este juego se definía en términos teológicos, y exigía que los jugadores se comportaran según reglas imposibles de seguir. Violar las reglas del juego —esto es, hacer trampa— resultaba por ende inevitable, y en consecuencia casi todos eran tramposos. Las personas de elevado status social podían trampear de manera mucho más segura y fácil que la gente de status inferior. Las mujeres pobres y ancianas eran candidatas ideales para el sacrificio, y, en la mayoría de los casos, las brujas se solían reclutar entre sus filas. Los altos dignatarios de la Iglesia Católica —que violaron en la forma más flagrante las reglas del juego, y cuyas actividades encendieron la chispa de la Reforma protestante— fomentaron la persecución de los presuntos tramposos.

Si nos expresamos en lenguaje ajedrecístico, la persecución de las brujas significaba que se sacrificaba a la gente pobre y sin importancia (los peones) para

garantizar la seguridad y el bienestar de las clases gobernantes (el rey y la reira). Mediante esta maniobra, Dios (el jugador maestro) tenía asegurada la victoria. Además de afianzar la gloria permanente de Dios, aquella preservaba el *statu quo*. La caza de brujas y los procesos por brujería eran una válvula de escape de la sociedad. Algunos aspectos de las prácticas psiquiátricas contemporáneas —sobre todo aquellas que incluyen acciones legales y pacientes involuntarios— parecen cumplir una función análoga a la de los procesos medievales contra brujos y hechiceros.

La pugna entre el perseguidor religioso y las brujas guarda estrecha semejanza con la que hoy existe entre el psiquiatra institucional y el enfermo mental involuntario. Aquellos son siempre los vencedores; estos, los vencidos. El concepto de enfermedad mental y las acciones sociales asumidas en su nombre sirven a los intereses egoístas de los profesionales médicos y psiquiátricos, del mismo modo que el concepto de hechicería sirvió a los intereses de los teólogos que actuaban en nombre de Dios. Así como el juego teológico fue el «opio del pueblo» en el pasado, el juego médico-psiquiátrico es el opio de los pueblos modernos. Al actuar como drenaje de las tensiones interpersonales y grupales, cada juego cumple la función de tranquilizar a la sociedad.

El modelo de la conducta como participación en un juego

Aspectos de los juegos vinculados con el desarrollo y la lógica

Seleccionamos el modelo de los juegos por considerar que ofrecía posibilidades más amplias para trazar el diagrama de la conducta social de los seres humanos. Los modelos de utilización de signos y de acatamiento de reglas pueden incluirse en esta categoría más general.

En un principio, consideramos los juegos tal como se presentan en la experiencia corriente, en los juegos de naipes y de tablero habituales en el medio familiar (*bridge*, damas, ajedrez, etc.). Las actitudes de los niños hacia las reglas que rigen los juegos muestran una progresión interesante y muy significativa. Los niños de edad preescolar son incapaces de ajustarse a reglas; juegan de manera idiosincrásica, en presencia de otros niños, pero no con ellos. Más adelante, aprenden a aceptar las reglas del juego, pero consideran las reglas —y el juego en su totalidad— como algo «sagrado». En esta etapa, los niños no comprenden muy bien las reglas y la:, respetan servilmente. Los niños aprenden a evaluar las reglas como un instrumento ideado en forma convencional y cooperativa solo en los primeros años de la adolescencia. Es posible comparar, pues, la conducta de participación en un juego, autónoma y relativamente madura, con la conducta heterónoma e inmadura. Además de las importantes distinciones que, con respecto al desarrollo, pueden establecerse entre

diferentes tipos de conductas de participación en un juego, se puede construir una jerarquía lógica de juegos similar a la jerarquía lógica de lenguajes. El concepto de jerarquías de juegos tiene importantes aplicaciones en psiquiatría y en la vida diaria. El conflicto ético familiar que existe a veces entre fines y medios se vincula con las jerarquías de juegos. Desde una perspectiva lógica, las metas y fines ocupan un lugar superior a las técnicas utilizadas para alcanzarlos.

La ética, los juegos y la psiquiatría

Mientras los valores ético-sociales de las teorías y terapias psiquiátricas sigan siendo oscuros y poco explícitos, su mérito científico está destinado a ser bastante limitado. Esto se debe a que la conducta social del ser humano es, fundamentalmente, de carácter ético. Resulta difícil comprender, por consiguiente, cómo se podría describir dicha conducta o propugnar su modificación sin enfrentar, al mismo tiempo, el problema de los valores éticos. Las descripciones psicoanalíticas de la conducta y la terapia, por ejemplo, subrayaron las fuerzas instintuales, los episodios patógenos y los mecanismos psíquicos a expensas de normas y valores especificados en forma explícita. El concepto de primacía genital [Fenichel, 1945, pág. 61] como norma o valor es un ejemplo típico del dilema psiquiátrico-psicoanalítico que debe resolverse. En este concepto, se describe y se aboga de manera encubierta por una norma de funcionamiento del adulto, pero no se especifica el contexto ético-social en que, según se supone, se manifiesta la «primacía genital» del individuo. No se aclara si la meta ideal de la primacía genital es el contexto social del rey y la concubina, del amo y la criada, del soldado y la prostituta, o del esposo y la esposa. Por lo tanto, carecemos de normas para describir y juzgar, por ejemplo, las variaciones de las relaciones matrimoniales en las sociedades autocráticas y democráticas, o de aquellas patriarcales, matriarcales y pediarcales (dominadas por los niños).

En la teoría del comportamiento personal que presento en este libro —e, implícitamente, en la teoría de la psicoterapia basada en ella— traté de corregir esta deficiencia, subrayando la urgente necesidad de especificar primero los valores y normas y luego las técnicas de conducta. Ilustré este enfoque destacando las metas finales del juego histérico, identificadas como dominio o control interpersonal. De esta meta se deduce que, para alcanzarla, es posible emplear maniobras coactivas. En contraste, se podrían defender las metas de la competencia basada en la confianza en sí mismo y la digna interdependencia humana. Resulta evidente que no es posible alcanzar estas metas por medio de técnicas coactivas, ya que el hacerlo estaría en pugna con los mismos fines que se buscan. Como estos determinan, dentro de ciertos límites, los medios para obtenerlos, la incapacidad para especificar claramente y tener en cuenta las metas finales no puede corregirse mediante la concentración o capacitación en técnicas específicas para la vida.

Personificación y trampa

«Personificación» significa adoptar el rol de otra persona bajo falsas apariencias, o —lo que es lo mismo— pretender representar el juego A mientras que, en realidad, se juega el juego B. La palabra «trampa» alude a un concepto similar, aunque de alcance más limitado. Se aplica a la conducta de personas cuya actividad de participación en un juego se desvía de las reglas correctas o convenidas. El fingimiento, el síndrome de Ganser y la histeria incluyen elementos de trampa, y con ello nos referimos a la violación de las reglas, cuyo fin es acrecentar las ventajas del individuo.

La personificación, como concepto teórico-explicatorio, tiene mucha importancia para la psiquiatría. Este concepto se relaciona con las conocidas concepciones psicoanalíticas de identificación, formación e identidad del yo, sistema del sí mismo, etc., pero las trasciende para incluir consideraciones relativas al rol social y la estrategia interpersonal. Desde este punto de vista, el concepto moderno de «enfermedad mental» y su «tratamiento psiquiátrico» se manifiestan como una doble personificación. Por una parte, los pacientes psiquiátricos personifican el rol de enfermos: el histérico actúa como si sufriera una enfermedad corporal, e incita al «tratamiento» de acuerdo con las reglas del juego médico. Al mismo tiempo, los psiquiatras y psicoanalistas, al aceptar los problemas de sus pacientes como manifestaciones de «enfermedad», realizan un acto complementario de personificación: personifican a los médicos y representan el rol de terapeuta médico. Este acto de personificación prosigue, empero, independientemente de las maquinaciones de los pacientes; las actuales organizaciones profesionales de médicos psicoterapeutas —y cada uno de sus miembros— lo fomentan en forma activa.

Me refiero aquí al *credo* que sustentan la mayoría de los psiquiatras contemporáneos, consistente en creer que la psiquiatría —incluida la psicoterapia— es significativamente similar a otras ramas de la medicina y pertenece a esta. A mi juicio, sin embargo, los psicoterapeutas con formación médica solo se parecen a otros facultativos, del mismo modo que los histéricos solo se parecen a las personas que padecen enfermedades orgánicas. La diferencia entre las intervenciones puramente comunicacionales del psicoterapeuta y las actividades fisicoquímicas del médico representa un abismo instrumental entre ambos grupos, que ninguna semejanza institucional puede salvar de modo convincente. Se sabe que, cuando los psicólogos clínicos insisten en que tienen derecho a ejercer psicoterapia por su cuenta, se tiende a considerarlos (y esto lo hacen, en especial, los médicos) como personificadores del rol médico de «cuidar a la gente enferma»; pero lo mismo podría decirse de los psicoterapeutas con formación médica, cuyo trabajo también difiere, en aspectos significativos, de la labor del cirujano o del clínico.

Hasta ahora, esta personificación ha servido a los intereses manifiestos de los pacientes mentales y los psiquiatras. Por lo tanto, nadie protestó realmente contra esta variación del mito acerca del ropaje del emperador. Creo que el momento es propicio

para considerar seriamente la posibilidad de que las facetas médicas de la psicoterapia sean casi tan sustanciales como el legendario manto del emperador, cuya trama estaba tejida con hilos tan tenues que solo los hombres más sabios y perspicaces podrían percibirlo. Sostener que el emperador estaba desnudo equivalía a confesar la propia estupidez, y era, asimismo, una afrenta contra tan poderoso personaje.

Parecidos factores obstaculizaron los análisis y argumentaciones que trataron de esclarecer las diferencias entre la medicina y la psiquiatría (o el psicoanálisis). Es casi como si la medicina y la psiquiatría (psicoterapia) constituyesen un matrimonio inestable. A quienes hacen hincapié en Jo que la pareja tiene en común, esperando estabilizar de ese modo la relación matrimonial, se los honra y recompensa como hacedores de hechos meritorios. Por el contrario, a aquellos que observan y comentan las diferencias existentes entre los cónyuges se los trata como si fuesen *ellos* los responsables de romper una unión que, de otra manera, sería perfecta. Como era de esperar, el asesoramiento para salvar la unión matrimonial —expresado en parte en la difusión de la «medicina psicosomática» y, en parte, en la redefinición del psicoanálisis en tanto «medicina psicoanalítica»— tiende a florecer, mientras que la tarea de esclarecer las diferencias entre medicina y psiquiatría (prescindiendo del punto adonde esto podría conducir) ha sido casi inexistente.

Juegos, objetos y valores

Por último, ofrecimos algunas conexiones entre las teorías de las relaciones objetales y de participación en un juego. Para los adultos —y, quizá, para los niños de más de diez a doce años de edad— los juegos y sus reglas constituyentes funcionan a menudo como objetos. En otras palabras, la pérdida del juego —es decir, la incapacidad para jugar a un juego, debido a que no se dispone de otros jugadores, o a cambios en la propia tendencia del sujeto a participar en un juego—, no menos que la pérdida del objeto, produce un grave desequilibrio de la personalidad y exige medidas reparadoras y adaptativas. En realidad, existe interdependencia entre los objetos y los juegos, puesto que los jugadores son, forzosamente, *personas*. En consecuencia, la psicología y Ja sociología se entrelazan y son interdependientes.

El modelo de la conducta como juego parece adecuado para unificar a la psicología, la sociología y la ética. Por ejemplo, el concepto sociológico de anomia —un estado de inquietud social producido por la disolución de reglas establecidas— podría integrarse fácilmente con los conceptos psicoanalíticos de pérdida objetal, angustia depresiva e identidad del yo. La pérdida de un sentido de la identidad personal satisfactorio se vincula con la *inevitable pérdida de los «juegos» aprendidos por el hombre moderno en la etapa temprana de su vida*. En otras palabras, el hombre moderno, si tiene cierto grado de instrucción, no puede jugar los mismos

tipos de juegos que jugó cuando era más joven o que jugaron sus padres, y quedar satisfecho con ellos. Las condiciones culturales cambian con tanta rapidez que todo el mundo tiende a compartir el problema del inmigrante que *debe* cambiar sus juegos porque se ha trasladado de un país a otro. Incluso quienes se quedan en su tierra natal se encuentran en un mundo distinto al de sus padres. A decir verdad, a medida que envejecen se encuentran en un mundo distinto al de su juventud. Ante este dilema, el hombre enfrenta la necesidad imperativa de abandonar los viejos juegos y aprender a jugar otros nuevos. Si fracasa en su intento, se verá obligado a jugar estos últimos de acuerdo con las viejas reglas, pues solo sabe jugar los juegos ya aprendidos. *Este fundamental conflicto de juegos conduce a diversos problemas vitales. Estos son los que, por regla general, debe «tratar» el psicoterapeuta moderno*.

Se pueden diferenciar tres tipos generales de conflictos de juegos. Uno se caracteriza por la incapacidad del individuo para olvidar las viejas reglas o por la resistencia directa a dejar de jugar al antiguo juego. Esto puede originar la negativa a jugar todos los juegos en que participan los demás: es una especie de «huelga» contra el acto de vivir. Existen varios estados de incapacidad —el fingimiento, la histeria y las «reacciones de dependencia»— que ilustran esta «huelga» o rebelión contra el desafío que plantea el aprendizaje. El segundo tipo de conflicto de juegos consiste en superponer las viejas metas y reglas con los nuevos juegos, como en la reacción o «neurosis de trasferencia», la «estructura neurótica del carácter», el acento extranjero, etc.; en cada uno de estos casos estamos frente a una pauta de conducta resultante de mezclar juegos diferentes y, en cierta medida, mutuamente incompatibles. Por último, el tercer tipo de conflicto, expresado por una reacción general de desengaño, surge de la comprensión de que el hombre es incapaz de jugar un juego trascendentalmente válido (dado por Dios). Muchos reaccionan ante esta idea, convencidos de que *no existe ningún juego digno de ser jugado*. Esta actitud parece tener una importancia especialmente grande para el hombre occidental contemporáneo.

Epílogo

En la pieza de Pirandello *Las reglas del juego* [1919, pág. 25], se desarrolla el diálogo siguiente:

«Leone:—Ah, Venanzi… Es triste cuando uno ha aprendido cada movimiento del juego.
Guido:—¿Qué juego?
Leone:—Bueno…, este. Todo el juego… de la vida.
Guido:—¿Lo aprendiste?
Leone:—Sí, hace mucho tiempo».

La desesperanza y la resignación de Leone se debían a la convicción de que existe algo llamado *el* juego de la vida. En realidad, si el problema de la existencia humana consiste en dominar *el* juego de la vida, ¿qué quedaría por hacer? Pero no existe ningún juego de la vida, en singular. Los juegos son infinitos.

El hombre moderno parece enfrentar el problema de elegir entre dos alternativas básicas. Por un lado, puede optar por desesperarse a raíz de la utilidad perdida o el rápido deterioro de juegos penosamente aprendidos. Es posible que las habilidades adquiridas mediante grandes esfuerzos resulten inadecuadas casi tan pronto como el individuo se disponga a aplicarlas. Muchas personas no son capaces de tolerar repetidas decepciones de esta clase. En su desesperación, anhelan la seguridad que ofrece la estabilidad, aunque esta solo se adquiera a cambio de la esclavitud personal. La otra alternativa es responder al desafío de la incesante necesidad de aprender y reaprender, y tratar de hacerlo de manera satisfactoria.

Los cambios trascendentales producidos en las condiciones sociales contemporáneas previenen claramente que, si el hombre sobrevive, tanto sus relaciones sociales como su constitución genética sufrirán mutaciones cada vez más rápidas. Si esto es cierto, será imprescindible que todos los individuos, no solo unos cuantos, *aprendan cómo aprender*. Empleo el término «aprender» en un sentido bastante amplio. Me refiero, ante todo, a las adaptaciones del hombre a su medio. Más específicamente, el hombre debe aprender las reglas que gobiernan el funcionamiento de la familia, el grupo y la sociedad en que vive. En segundo término, tiene que aprender las habilidades técnicas, los conocimientos científicos, etc., y debe *aprender a aprender*. No hay límite «objetivo» alguno para el aprendizaje. El factor de limitación está *en el hombre*, no en el desafío que implica aprender. El dilema de Leone es el del hombre que, por alejarse tanto de la vida, es incapaz de apreciar —y, por ende, de participar en— el juego siempre cambiante de la vida. Esto lleva a una vida superficial y uniforme, a la que puede aprehenderse y dominarse con relativa facilidad.

El problema común y apremiante es que, a medida que las condiciones sociales sufren *rápidos cambios, los hombres deben modificar sus* sistemas de vida. Se descartan continuamente los viejos juegos y se empiezan otros nuevos. La mayoría de la gente no está preparada para pasar de un tipo de juego a otro. Aprenden un juego o, a lo sumo, unos cuantos, y desean sobre todo tener la oportunidad de vivir toda su vida representando el mismo juego una y otra vez. Pero como la vida humana es, en gran medida, una actividad social, las condiciones sociales pueden imposibilitar la supervivencia si el hombre no muestra mayor flexibilidad con respecto a las pautas de conducta personal.

La relación entre el psicoterapeuta moderno y su paciente es quizás una guía luminosa que los hombres, en número siempre creciente, se verán obligados a seguir para no llegar a esclavizarse espiritualmente, ni a sufrir una destrucción física. Con esto no quiero sugerir que «todos necesitan psicoanalizarse», ya que esto sería demasiado ingenuo. Por el contrario, «psicoanalizarse» —como *cualquier* experiencia humana— puede constituir una forma de esclavitud y no ofrece garantía alguna, especialmente en sus formas institucionalizadas contemporáneas, de acrecentar el autoconocimiento y la responsabilidad del paciente o el terapeuta. Al comparar la moderna relación psicoterapéutica con una guía luminosa aludo a un concepto más simple, pero también más fundamental que aquel implícito en el hecho de «psicoanalizarse». Es el concepto de ser un *estudioso de la vida humana*. Algunos requieren un instructor personal para esto; otros, no. Dados los medios y la capacidad para aprender, el éxito en esta empresa exige, por sobre todo, el deseo sincero de aprender y cambiar. Este incentivo está estimulado, a su vez, por la esperanza del éxito. Por esta razón, científicos y educadores tienen que asumir la solemne responsabilidad de esclarecer —nunca de confundir u oscurecer— los problemas y tareas. Espero haber logrado evitar los peligros y trampas del misticismo y el oscurantismo, los cuales, al oscurecer los problemas que deben enfrentarse y resolverse, fomentan la desesperanza y el desengaño. Todos estudiamos en la escuela de la vida, donde ninguno de nosotros puede permitirse estar decepcionado o desesperado. Y, sin embargo, en esta escuela las cosmologías religiosas, los mitos nacionalistas, y, por último, las teorías psiquiátricas funcionaron con más frecuencia como maestros oscurantistas que conducen al alumno por caminos equivocados que como auténticos guías que lo ayudan a ayudarse a sí mismo. Es peor tener malos maestros, por supuesto, que no tener ninguno. Contra ellos, nuestra única arma es el escepticismo.

Bibliografía

Abernethy, G. L., ed.
1959. *The Idea of Equality. An Anthology*, Richmond, Va.: John Knox Press, 1959.

Abraham, K.
1925. «The History of an Impostor in the Light of Psychoanalytic Knowledge», en R. Fliess, ed., *The Psychoanalytic Reader*, Nueva York: International Universities Press, 1948, vol. I, págs. 353-68.

Adler, A.
1907-37. Escritos escogidos, en H. L. Ansbacher y R. R. Ansbacher, eds., *The Individual Psychology…, op. cit.*
1914. «Life-lie and Responsibility in Neurosis and Psychosis. A Contribution to Melancholia», en A. Adler, *The Practice and Theory…, op. cit.*, págs. 235-45.
1925. *The Practice and Theory of Individual Psychology*, Paterson, N. J.: Littlefield, Adams, 1959. (*Práctica y teoría de la psicología del individuo*, Buenos Aires: Paidós, 1961).
1931. *What Life Should Mean to You*, Nueva York: Capricorn Books, 1958.

Adler, M. J.
1937. *What Man Has Made of Man. A Study of the Consequences of Platonism and Positivism in Psychology*, Nueva York: Frederick Ungar, 1957.

Aldrich, V. C.
1932. «Symbolization and Similarity», *The Monist*, vol. 42, pág. 564. Alexander, F.
1943. «Fundamental Concepts of Psychosomatic Research: Psychogenesis, Conversion Specificity», en F. Alexander, T. M. French y otros, *op. cit.*, págs. 3-13.
1950. *Psychosomatic Medicine. Its Principles and Applications*, Nueva York: W. W. Norton.

Alexander, F., French, T. M. y otros
1948. *Studies in Psychosomatic Medicine. An Approach to the Cause and Treatment of Vegetative Disturbances*, Nueva York: Ronald Press.

Altman, L. L.
1959. «“West” as a Symbol of Death», *Psychoanalytic Quarterly*, vol. 28, pág. 236.

Allport, G. W.
1955. *Becoming. Basic Considerations for a Psychology of Personality*, New Haven: Yale University Press.

Ansbacher, H. L. y Ansbacher, R. R., eds.
1956. *The Individual Psychology of Alfred Adler. A Systematic Presentation in*

Selections from his Writings, Nueva York: Basic Books. (*La psicología individual de Alfred Adler*, Buenos Aires: Troquel, 1959).

Arieti, S.
1955. *Interpretation of Schizophrenia*, Nueva York: Robert Brunner. (*Interpretación de la esquizofrenia*, Barcelona: Labor, 1965).
1959. «Schizophrenia», en S. Arieti y otros, eds., *American Handbook of Psychiatry*, Nueva York: Basic Books, vol. I, caps. 23 y 24, págs. 454-507.

Arieti, S. y Meth, J. M.
1959. «Rare, Unclassifiable, Collective, and Exotic Psychotic Syndromes», en S. Arieti y otros, eds., *American Handbook of Psychiatry*, Nueva York: Basic Books, vol. I, cap. 27, págs. 546-63.

Aubert, V. y Messinger, S. L.
1958. «The Criminal and the Sick», *Inquiry*, vol. 1, pág. 137.

Bakan, D.
1959. *Sigmund Freud and The Jewish Mystical Tradition*, Princeton, N. J.: Van Nostrand.

Balint, M.
1951. «On Punishing Offenders», en G. B. Wilbur y W. Muenstenberger, eds., *Psychoanalysis and Culture*, Nueva York: International Universities Press, págs. 254-79.
1957. *The Doctor, his Patient and the Illness*, Nueva York: International Universities Press. (*El médico, el paciente y la enfermedad*, Buenos Aires: Troquel, 1971).

Barrett, W.
1958. *Irrational Man. A Study in Existential Philosophy*, Garden City, N. Y.: Doubleday.

Bateson, G., Jackson, D. D., Haley, J. y Weakland, J.
1956. «Toward a Theory of Schizophrenia», *Behavioral Science*, vol. 1, pág. 251.

Beliak, L.
1959. «The Unconscious», en L. Beliak, ed., *Conceptual and Methodological Problems in Psychoanalysis, Annals of the New York Academy of Science*, vol. 76, pág. 1066.

Berne, E.
1957. «Ego States in Psychotherapy», *American Journal of Psychotherapy*, vol. 11, pág. 293.
1958. «Transactional Analysis: A New and Effective Method of Group Therapy», *American Journal of Psychotherapy*, vol. 12, pág. 735.

Bieber, I.

1953. «The Meaning of Masochism», *American Journal of Psychotherapy*, vol. 7, pág. 433.

Binswanger, L.
1956. «Existential Analysis and Psychotherapy», en F. Fromm-Reichmann y J. L. Moreno, eds., *Progress in Psychotherapy*, Nueva York, Grune & Stratton, págs. 144-48.

Birdwhistell, R. L.
1959. «Contribution of Linguistic-Kinesic Studies to the Understanding of Schizophrenia», en A. Auerback, ed., *Schizophrenia. An Integrated Approach*, Nueva York: Ronald Press, cap. 5, págs. 99-124.

Black, M.
1951. «Russell's Philosophy of Language», en P. A. Schilpp, ed., *The Philosophy of Bertrand Russell*, Nueva York: Tudor, págs. 227-56.

Blanshard, P.
1953. *The Irish and Catholic Power. An American Interpretation*, Boston: Beacon Press.
1960. *God and Man in Washington*, Boston: Beacon Press.

Bleuler, E.
1924. *A Textbook of Psychiatry*, Nueva York: Macmillan, 1944. (*Tratado de psiquiatría*, Madrid: Espasa-Calpe, 1971).

Bohannan, P.
1954. «Translation. A problem in Anthropology», *The Listener*, vol. 51, pág. 815.

Bowman, K. M. y Rose, M.
1954. «Do our Medical Colleagues Know What to Expect from Psychotherapy?», *American Journal of Psychiatry*, vol. Ill, pág. 401.

Braithwaite, R. B.
1953. *Scientific Explanation. A Study of the Function of Theory, Probability and Law in Science*, Cambridge: Cambridge University Press, 1955. (*La explicación científica*, Madrid: Tecnos, 1964).

Brenner, C.
1955. *An Elementary Textbook of Psychoanalysis*, Nueva York: International Universities Press. (*Elementos fundamentales de psicoanálisis*, Buenos Aires: Troquel, 1958).

Breuer, J. y Freud, S.
1893-95. «Studies on Hysteria», en *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, Londres: Hogarth Press, vol. II, 1955. (*Estudios sobre la histeria*, en *Obras completas*, Madrid: Biblioteca Nueva, 3 vols.,

1968, vol. I, pág. 25 y sigs).

Bridgman, P. W.
1936. *The Nature of Physical Theory*, Princeton, N. J.: Princeton University Press.
1959. *The Way Things Are*, Cambridge, Mass.: Harvard University Press.

Brinton, C.
1950. *Ideas and Men. The Story of Western Thought*, Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hall. (*Las ideas y los hombres*, Madrid: Aguilar, 1957).
1959. *A History of Western Morals*, Nueva York: Harcourt, Brace.

Brown, R. W.
1956. «Language and Categories», en J. S. Bruner, J. J. Goodnow y G. A. Austin, *op. cit.*, págs. 247-312.

Brown, R.
1958. *Words and Things*, Glencoe, 111.: The Free Press.

Bruner, J. S., Goodnow, J. J., y Austin, G. A.
1956. *A Study of Thinking*, Nueva York: John Wiley & Sons.

Burchard, E. M. L.
1960. «Mystical and Scientific Aspects of the Psychoanalytic Theories of Freud, Adler and Jung», *American Journal of Psychotherapy*, vol. 14, pág. 289.

Burckhardt, J.
1868-71. *Force and Freedom*, Nueva York: Meridian Books, 1955. Burton, A., ed.
1959. *Case Studies in Counseling and Psychotherapy*, Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hall.

Butler, S.
1872. *Erewhon*, Harmondsworth, Middlesex: Penguin Books, 1954. (*Erewhon*, Madrid: Espasa-Calpe, s. f.)
1903. *The Way of All Flesh*, Londres: Penguin Books, 1953.

Carson, G.
1960. *The Roguish World of Doctor Brinkley*, Nueva York: Holt, Rinehart y Winston.

Cohen, E. A.
1954. *Human Behaviour in the Concentration Camp*, Londres: Jonathan Cape.

Colby, K. M.
1955. *Energy and Structure in Psychoanalysis*, Nueva York: Ronald Press.

Collie, J.
1913. *Malingering and Feigned Sickness*, Londres: Edward Arnold. Crichton, R.
1959*a*. *The Great Impostor*, Nueva York: Random House. (*El gran impostor*, Madrid: Plaza & Janes, s. f.)

1959*b*. «Uproarious Trip with the Master Impostor», *Life*, 6 de julio de 1959, págs. 96-104.

Critchley, M.
1939. *The Language of Gesture*, Londres: Edward Arnold.

Chapman, J. S.
1957. «Peregrinating Problem Patients: Münchausen's Syndrome», *Journal of American Medical Association*, vol. 165, pág. 927.

Dakin, E. F.
1929. *Mrs. Eddy. The Biography of a Virginal Mind*, Nueva York: Scribner.

Davis, K.
1938. «Mental Hygiene and the Class Structure», *Psychiatry*, vol. 1, pág. 55.

Dawkins, P. M.
1960. «We Play to Win, they Play for Fun», *New York Times Magazine*, 24 de abril de 1960, pág. 34.

De Beauvoir, S.
1953. *The Second Sex*, Nueva York: Knopf. (*El segundo sexo*, Buenos Aires: Psique, 1954).

De Grazia, S.
1948. *The Political Community. A Study of Anomie*, Chicago: University of Chicago Press.

Dennis, N.
1955. *Cards of Identity*, Londres: Weidenfeld y Nicolson.

Deutsch, F.
1922. «Biologie und Psychologie der Krankheitsgenese», *International Zeitschrift für Psychoanalyse*, vol. 8, pág. 290.
1939. «Choice of Organ in Organ Neuroses», *International Journal of Psycho-Analysis*, vol. 20, pág. 252.

Deutsch, F., ed.
1959. *On the Mysterious Leap from the Mind to the Body. A Workshop Study on the Theory of Conversion*, Nueva York: International Universities Press.

Deutsch, H.
1942. «Some Forms of Emotional Disturbance and their Relationship to Schizophrenia», *Psychoanalytic Quarterly*, vol. 11, pág. 301.
1955. «The Impostor. Contribution to Ego Psychology of a Type of Psychopath», *Psychoanalytic Quarterly*, vol. 24, pág. 483.

Dewey, J.

1922. *Human Nature and Conduct. An Introduction to Social Psycho logy*, Nueva York: Henry Holt. (*Naturaleza humana y conducta*, México: Fondo de Cultura Económica, 1966).
1938. «Unity of Science as a Social Problem», en O. Neurath, R. Carnap y C. Morris, eds., *International Encyclopedia of Unified Science*, Chicago: University of Chicago Press, 1955, vol. I, págs. 29-38.

Dollard, J. y Miller, N. E.
1950. *Personality and Psychotherapy. An Analysis in Terms of Learning, Thinking, and Culture*, Nueva York: McGraw-Hill.

Dostoievsky, F. M.
1861-62. *Memoirs from the House of the Dead*, Nueva York: Oxford University Press, 1956. (*La casa de los muertos*, Madrid: EDAF, 1970).

Drucker, P. F.
1949. *The New Society. The Anatomy of the Industrial Order*, Nueva York: Harper. (*La nueva sociedad*, Buenos Aires: Sudamericana, 1954).

Einstein, A.
1933. «On the Methods of Theoretical Physics», en A. Einstein, *The World as I See It*, Nueva York: Covici, Friede, 1934, págs. 30-40.
1941. «The Common Language of Science», en A. Einstein, *Out of My Later Years*, Nueva York: Philosophical Library, 1950, páginas 111-13.

Eissler, K. R.
1951. «Malingering», en G. B. Wilbur y W. Muensterberger, eds., *Psychoanalysis and Culture*, Nueva York: International Universities Press, págs. 218-53.

Ellenberger, H. F.
1958. «A Clinical Introduction to Psychiatric Phenomenology and Existential Analysis», en R. May, E. Angel y H. F. Ellenberger, eds., *op. cit.*, págs. 92-124.

Engels, F.
1877. *Anti-Dühring*, selección en G. L. Abernethy, ed., *op. cit.*, págs. 196-200. (*Anti-Dühring*, Montevideo: Pueblos Unidos, 1968).

Erikson, E. H.
1950. *Childhood and Society*, Nueva York: W. W. Norton. (*Infancia y sociedad*, Buenos Aires: Hormé, 1970).
1956. «The Problem of Ego Identity», *Journal of the American Psychoanalytic Association*, vol. 4, pág. 56.

Fairbairn, W. R. D.
1952. *Psychoanalytic Studies of the Personality*, Londres: Tavistock Publications. (*Estudio psicoanalítico de la personalidad*, Buenos Aires: Hormé, 1970).

1954. «Observations on the Nature of Hysterical States», *British Journal of Medical Psychology*, vol. 27, pág. 105.

Feigl, H. y Sellars, W., eds.
1949. *Readings in Philosophical Analysis*, Nueva York: Appleton-Century-Crofts.

Fellows, L.
1960. «Israeli Police Halt Active Hunt for Boy, 8, Hidden by Zealots», *New York Times*, 15 de mayo de 1960, pág. 5.

Fenichel, O.
1945. *The Psychoanalytic Theory of Neurosis*, Nueva York, W. W. Norton. (*Teoría psicoanalítica de las neurosis*, Buenos Aires: Paidós. 1964).

Ferenczi, S.
1912. «To Whom Does One Relate One's Dreams?», en S. Ferenczi, *Further Contributions to the Theory and Technique of PsychoAnalysis*, Londres: Hogarth Press, 1950, pág. 349. (*Teoría y técnica del psicoanálisis*, Buenos Aires: Paidós, 1967).
1913*a*. «The Symbolism of Bed-linen», en S. Ferenczi, *Further Contributions to the Theory and Technique of Psycho-Analysis*, Londres: Hogarth Press, 1950, pág. 359.
1913*b*. «The Kite as a Symbol of Erection», en S. Ferenczi, *Further Contributions to the Theory and Technique of Psycho-Analysis*, Londres: Hogarth Press, 1950, págs. 359-360.
1914. «Vermin as a Symbol of Pregnancy», en S. Ferenczi, *Further Contributions to the Theory and Techniques of Psycho-Analysis*, Londres: Hogarth Press, 1950, pág. 361.
1916-17. «Disease or Patho-neuroses», en S. Ferenczi, *Further Contributions to the Theory and Technique of Psycho-Analysis*, Londres: Hogarth Press, 1950, págs. 78-89.
1919. «The Phenomena of Hysterical Materialization», en S. Ferenczi, *Further Contributions to the Theory and Technique of Psycho-Analysis*, Londres: Hogarth Press, 1950, págs. 89-104.
1921. «The Symbolism of the Bridge», en S. Ferenczi, *Further Contributions to the Theory and,*Technique *of Psycho-Analysis*, Londres: Hogarth Press, 1950, págs. 352-56.
1923. «"Materialization" in Globus Hystericus», en S. Ferenczi, *Further Contributions to the Theory and Technique of Psycho-Analysis*, Londres: Hogarth Press, 1950, págs. 104-05.

Feuer, L. S., ed.
1959. *Basic Writings on Politics and Philosophy, by Karl Marx and Friedrich Engels*, Garden City, N. Y.: Doubleday.

Field, M. G.

1957. *Doctor and Patient in Soviet Russia*, Cambridge, Mass.: Harvard University Press.

Fletcher, J.
1954. *Morals and Medicine. The Moral Problems of: The Patient's Right to Know the Truth, Contraception, Artificial Insemination, Sterilization, Euthanasia*, Princeton, N. J.: Princeton University Press.

Fliess, R.
1959. «On the Nature of Human Thought. The Primary and the Secondary Processes as Exemplified by the Dream and other Psychic Productions», en M. Levitt, ed., *Readings in Psychoanalytic Psychology*, Nueva York: Appleton-Century-Crofts, cap. 15, págs. 213-20.

Frank, P.
1941. *Modern Science and Its Philosophy*, Nueva York: George Braziller, 1955.

Freud, A.
1936. *The Ego and the Mechanisms of Defense*, Nueva York: International Universities Press, 1946. (*El yo y los mecanismos de defensa*, Buenos Aires: Paidós, 1965).

Freud, S.
1893*a*. «Charcot», en *Collected Papers*, Londres: Hogarth Press, 1948, vol. I, págs. 9-23. («Charcot», en *Obras completas*, Madrid: Biblioteca Nueva, 3 vols., 1968, vol. I, págs. 17-24).
1893*b*. «Some Points in a Comparative Study of Organic and Hysterical Paralyses», en *Collected Papers*, Londres: Hogarth Press, 1948, vol. I, págs. 42-58. («Estudio comparativo de las parálisis motrices orgánicas e histéricas», en *Obras completas*, *op. cit.*, vol. I, págs. 192-99).
1900. «The Interpretation of Dreams», en *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, Londres: Hogarth Press, vols. IV y V, 1953, págs. 1-621. (*La interpretación de los sueños*, en *Obras completas*, *op. cit.*, vol. I, págs. 231-584).
1901. «On Dreams», en *The Standard Edition of the Complet Psychological Works of Sigmund Freud*, Londres: Hogarth Press, 1953, vol. V, págs. 631-86. (*Los sueños*, en *Obras completas*, *op. cit.*, vol. I, págs. 231-56).
1905*a*. «Fragment of an Analysis of a Case of Hysteria», en *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, Londres: Hogarth Press, vol. VII, págs. 1-122. (*Análisis fragmentario de una histeria*, en *Obras completas*, *op. cit.*, vol. II, págs. 605-57).
1905*b*. «Three Essays on the Theory of Sexuality», en *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, Londres: Hogarth Press, 1953, vol.

VII, págs. 123-245. (*Tres ensayos sobre una teoría sexual*, en *Obras completas, op. cit.*, vol. I, págs. 771-824).
1905*c*. «Wit and Its Relation to the Unconscious», en *The Basic Writings of Sigmund Freud*, Nueva York: Modern Library, 1938, págs. 633-803. (*El chiste y su relación con lo inconsciente*, en *Obras completas, op. cit.*, vol. I, págs. 825-938).
1909. «General Remarks on Hysterical Attacks», en *Collected Papers*, Londres: Hogarth Press, 1948, vol. I, págs. 100-04. («Generalidades sobre el ataque histérico», en *Obras completas, op. cit.*, vol. I, págs. 960-62).
1910*a*. «Five Lectures on Psycho-Analysis», en *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, Londres: Hogarth Press, 1957, vol. XI, págs. 1-55. (*El psicoanálisis*, en *Obras completas, op. cit.*, vol. II, pág. 124 y sigs.).
1910*b*. «The Antithetical Sense of Primal Words. A Review of a Pamphlet by Karl Abel, *Über den Gegensinn der Urworte* (1884)», en *Collected Papers*, Londres: Hogarth Presr., 1948, vol. IV, págs. 18491. («El doble sentido antitético de las palabras primitivas», en *Obras completas, op. cit.*, vol. II, págs. 1053-56).
1913. «Further Recommendations in the Technique of Psycho-Analysis», en *Collected Papers*, Londres: Hogarth Press, 1948, vol. II, págs. 342-65. *{La iniciación del tratamiento*, en *Obras completas, op. cit.*, vol. II, pág. 426 y sigs.).
1914. «On the History of the Psycho-Analytic Movement», en *Collected Papers*, Londres: Hogarth Press, 1948, vol. I, págs. 287-359. («Historia del movimiento psicoanalítico», en *Obras completas, op. cit.*, vol. II, págs. 981-1012).
1915. «The Unconscious», en *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, Londres: Hogarth Press, 1957, vol. XIV, págs. 159-204. («Lo inconsciente», en *Obras completas, op. cit.*, vol. I, págs. 1051-64).
1916-17. *A General Introduction to Psychoanalysis*, Garden City, N. Y.: 1943. (*Introducción al psicoanálisis*, en *Obras completas, op. cit.*, vol. II, pág. 151 y sigs.).
1920. «Memorandum on the Electrical Treatment of War Neurotics» en *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, Londres: Hogarth Press, 1955, vol. XVII, págs. 211-15. (*Memorándum sobre el tratamiento eléctrico de las neurosis de guerra*, en *Revista de Psicoanálisis*, vol. 13, n.° 3, 1956, pág. 277).
1927. *The Future of an Illusion*, Nueva York: Liveright, 1949. (*El porvenir de una ilusión*, en *Obras completas, op. cit.*, vol. I, págs. 73-100).
1928. «Dostoevsky and Parricide», en *Collected Papers*, Londres: Hogarth Press, 1950, vol. V, págs. 222-42. («Dostoievski y el parricidio», en *Obras completas, op. cit.*, vol. II, pág. 1136 y sigs.).
1930. *Civilization and Its Discontents*, Londres: Hogarth Press, 1946. (*El malestar en la cultura*, en *Obras completas, op. cit.*, vol. III, págs. 1-66).
1932. *New Introductory Lectures on Psycho-Analysis*, Nueva York: W. W. Norton,

1933. (*Nuevas aportaciones al psicoanálisis*, en *Obras completas, op. cit.*, vol. II, págs. 879-966).
1940. *An Outline of Psychoanalysis,* Nueva York: W. W. Norton. (*Compendio del psicoanálisis*, en *Obras completas, op. cit.*, vol. III, pág. 392 y sigs.).

Fromm, E.
1941. *Escape from freedom*, Nueva York: Rinehart. (*El miedo a la libertad,* Buenos Aires: Paidós, 1966).
1947. *Man for Himself. An Inquiry into the Psychology of Ethics,* Nueva York: Rinehart. (*Ética y psicoanálisis*, México: Fondo de Cultura Económica, 1969).
1951. *The Forgotten Language. An Introduction to the Understanding of Dreams, Fairy Tales and Myths*, Nueva York: Rinehart. (*El lenguaje olvidado*, Buenos Aires: Hachette, 1966).
1955. *The Sane Society*, Nueva York: Rinehart. (*Psicoanálisis de la sociedad contemporánea*, México: Fondo de Cultura Económica, 1970).
1957. «Symbolic Language of Dreams», en R. N. Anshen, ed., *Language: An Inquiry into its Meaning and Function*, Nueva York: Harper, cap. XII, págs. 188-200.
1959. *Sigmund Freud's Mission: An Analysis of his Personality and Influence,* Nueva York: Harper. (*La misión de Sigmund Freud*, México: Fondo de Cultura Económica, s. f.)

Galbraith, J. K.
1958. *The Affluent Society*, Boston: Houghton Mifflin. (*La sociedad opulenta*, Barcelona: Ariel, 1969).

Gallinek, A.
1942. «Psychogenic Disorders and the Civilization of the Middle Ages», *American Journal of Psychiatry*, vol. 99, pág. 42.

Ganser, S.
1898. «Uber einen eigenartigen Hysterischen Dämmerzustand», *Arch. Psychiat.*, vol. 30, pág. 633.

Gitelson, M.
1952. «The Emotional Position of the Analyst in the Psychoanalytic Situation», *International Journal of Psycho-Analysis*, vol. 33, pág. 1.

Glover, E.
1949. *Psychoanalysis*, Londres: Staples Press.

Goffman, E.
1959. *The Presentation of Self in Everyday Life*, Garden City, N. Y.: Doubleday. (*La presentación de la persona en la vida cotidiana*, Buenos Aires: Amorrortu editores, 1971).

Goldfarb, A. I.

1955. «Psychotherapy of Aged Persons. IV. One Aspect of the Psychodynamics of the Therapeutic Situation with Aged Patients», *Psychoanalytic Review*, vol. 42, pág. 180.

Goldstein, K.
1948. *Language and Language Disturbances*, Nueva York: Grune y Stratton.
1951. *Human Nature in the Light of Psychopathology*, Cambridge, Mass.: Harvard University Press. (*La naturaleza humana a la luz de la psicopatología*, Buenos Aires: Paidós, 1961).

Goldstein, K. y Scheerer, M.
1941. «Abstract and Concrete Behavior: An Experimental Study with Special Tests», *Psychological Monographs*, vol. 53, *n° 2*.

Gorer, G.
1948. *The American People. A Study in National Character*, Nueva York: W. W. Norton.

Gorki, M.
1902. *The Lower Depths. A Drama in Four Acts*, Nueva York: Brentanos, 1923.

Gouldner, A. W.
1960. «The Norm of Reciprocity: A Preliminary Statement», *American Sociological Review*, vol. 25, pág. 161.

Greenacre, P.
1959. «Certain Technical Problems in the Transference Relationship», *Journal of the American Psychoanalytic Association*, vol. 7, pág. 484.

Greenson, R.
1954*a*. «Problems of Identification: Introduction», *Journal of the American Psychoanalytic Association*, vol. 2, pág. 197.
1954*b*. «The Struggle against Identification», *Journal of the American Psychoanalytic Association*, vol. 2, pág. 200.

Gregory. R. L.
1953. «On Physical Model Explanations in Psychology», *British Journal of Philosophical Sciences*, vol. 4, pág. 192.

Grinker, R. R.
1959. «A Transactional Model for Psychotherapy», *A. M. A. Arch. Gen. Psychiat.*, vol. 1, pág. 132.

Groddeck, G.
1927. *The Book of the It: Psychoanalytic Letters to a Friend*, Londres: C. W. Daniel, 1935.
1934. *The World of Man, As Reflected in Art, in Words and in Disease*, Londres: C.

W. Daniel.

Guillain, G.
1959. *J. M. Charcot, 1825-1893. His Life-His Work*, Nueva York: Paul B. Hoeber.

Hall, C. S.
1953. «A Cognitive Theory of Dream Symbols», *Journal of Genetic Psychology*, vol. 48, pág. 169.

Hardin, G.
1956. «The Meaninglessness of the Word Protoplasm», *Science*, vol. 82, pág. 112.
1959. *Nature and Man's Fate*, Nueva York: Rinehart.

Harlow, H. F. y Zimmermann, R. R.
1959. «Affectional Responses in the Infant Monkey», *Science*, vol. 130, pág. 421.

Hayek, F. A.
1960. *The Constitution of Liberty*, Chicago: University of Chicago Press.

Henderson, D. y Gillespie, R. D.
1950. *A Textbook of Psychiatry*, Londres: Oxford University Press, 7.ª ed.

Hilgard, E. R.
1956. *Theories of Learning*, Nueva York: Appleton-Century-Crofts, 2.ª ed. (*Teorías del aprendizaje*, México: Fondo de Cultura Económica, 1966).

Hollingshead, A. B.
1955. «Social Behavior and Social Rules», en I. Galdston, ed., *Ministry and Medicine in Human Relations*. Nueva York: International Universities Press, págs. 71-80.

Hollingshead, A. B. y Redlich, F. C.
1958. *Social Class and Mental Illness. A Community Study*, Nueva York: John Wiley.

Horney, K.
1939. *New Ways in Psychoanalysis*, Nueva York: W. W. Norton (*El nuevo psicoanálisis*. México: Fondo de Cultura Económica, 1966).
1950. *Neurosis and Human Growth*, Nueva York: W. W. Norton. (*Neurosis y desarrollo humano*, Buenos Aires: Psique, 1955).

Huizinga, J.
1927. *The Waning of the Middle Ages*, Nueva York: Doubleday, 1956. (*El otoño de la Edad Media*, Madrid: Revista de Occidente, 1967).

Huxley, A.
1952. *The Devils of Loudun*, Nueva York: Harper.

Inkeles, A. y Bauer, R. A.
1959. *The Soviet Citizen. Daily Life in a Totalitarian Society*, Cambridge, Mass.: Harvard University Press.

Jakobson, R.
1957. «The Cardinal Dichotomy in Language», en R. N. Anshen, ed., *Language: An Enquiry into its Meaning and Function*, Nueva York: Harper, cap. IX, págs. 155-73.

Jesperson, O.
1905. *Growth and Structure of the English Language*, Garden City, N. Y.: Doubleday, 9.ª ed., 1955.

Johnson, D. L.
1960. «The Moral Judgement of Schizophrenics», *Journal of Nervous and Mental Diseases*, vol. 130, pág. 278.

Jones. E.
1953-55-57. *The Life and Work of Sigmund Freud*, Nueva York: Basic Books, 3 vols. (*Vida y obra de Sigmund Freud*, Buenos Aires: Nova, vol. 1, 1949; vol. 2, 1960; vol. 3, 1962).

Jung, C. G.
1940. *The Integration of the Personality*, Londres: Routledge y Kegan Paul, 1952.
1945. *Psychological Reflections. An Anthology of the Writings of C. G. Jung*, Nueva York: Pantheon, 1953.
1952. *Symbols of Transformation. An Analysis of the Prelude to a Case of Schizophrenia*, Nueva York: Pantheon, 1956. (*Símbolos de transformación*, Buenos Aires: Paidós, 1962).

Kanzer, M.
1955. «The Communicative Function of the Dream», *International Journal of Psycho-Analysis*, vol. 36, pág. 260.

Kardiner, A.
1939. *The Individual and His Society. The Psychodynamic of Primitive Social Organisation*, Nueva York: Columbia University Press, 1949. (*El individuo y su sociedad*, Mexico: Fondo de Cultura Económica, 1968).

Kasanin, J. S.
1944. «The Disturbance of Conceptual Thinking in Schizophrenia», en J. S. Kasanin, ed., *Language and Thought in Schizophrenia, Collected Papers*, Berkeley y Los Angeles: University of California Press, págs. 41-49.

Kaufmann, W.
1956. «Existentialism from Dostoevsky to Sartre», en W. Kaufmann, ed., *Existentialism from Dostoevsky to Sartre*, Nueva York: Meridian, 1960, págs. 11-51.

Kemeny, J. G.
1959. *A Philosopher Looks at Science*, Princeton, N. J.: Van Nostrand.

Kinberg, O.
1958. «Swedish Psychiatry», *American Journal of Psychiatry*, vol. 115, pág. 505.

Kluckhohn, C.
1949. *Mirror For Man. A Survey of Human Behavior and Social Attitudes*, Nueva York: Premier Books, 1959.

Knight, R. P.
1953. «Bordeline states», *Bulletin of Menninger Clinic*, vol. 17, pág. 1.

Krämer, H. y Sprenger, J.
1486. *Malleus Malleficarum*, Londres: Pushkin Press, 1948.

Kroeber, A. L.
1954. *Anthropology Today. An Encyclopedic Inventory*, Chicago: University of Chicago Press. (*Antropología*, México: Fondo de Cultura Económica, 1946).

Kuhn, H.
1950. «Existentialism», en V. Ferm, ed., *A History of Philosophical Systems*, Nueva York: Philosophical Library, cap. 32, págs. 405-17.

Langer, S. K.
1942. *Philosophy in a New Key*, Cambridge, Mass.: Harvard University Press.

La Pierre, R.
1959. *The freudian Ethic*, Nueva York: Duell, Sloan y Pearce. Laughlin, H. P.
1960. «European Psychiatry: England, Denmark, Italy, Greece, Spain and Turkey», *American Journal of Psychiatry*, vol. 116, pág. 769.

Lebensohn, Z.
1958. «Impression of Soviet Psychiatry», *A. M. A. Arch. Neurol. & Psychiat.*, vol. 80, pág. 735.

Lecky, W. E. H.
1894. *History of European Morals, Prom Augustus to Charlemagne*, Nueva York: Appleton. 3.ª ed. rev., 2 vols.

Lewinsohn, R.
1958. *A History of Sexual Customs*, Nueva York: Harper. (*Historia de la vida sexual*, Barcelona: Caralt, s. f.)

Lewis, J.
1926. *The Bible Unmasked*, Nueva York: Freethought Press, 1948. Lifton, R. J.
1956. «“Thought reform” of Western Civilians in Chinese Communist Prisons», *Psychiatry*, vol. 19, pág. 173.

Lincoln, A.
1858. «From a Letter», en C. Morley y L. D. Everett, eds., *Pamilw Quotations, op.*

cit., pág. 455.

Linsky, L., ed.
1952. *Semantics and the Philosophy of Language. A Collection of Readings*, Urbana, 111.: University of Illinois Press.

Linton, R.
1945. *The Cultural Background of Personality*, Nueva York: Appleton-Century. (*Cultura y personalidad*, México: Fondo de Cultura Económica, 1965).
1957. *The Tree of Culture*, Nueva York: Knopf.

MacIntyre, A. C.
1958. *The Unconscious. A Conceptual Analysis*, Londres: Routledge & Kegan Paul.

Mach, E.
1885. *The Analysis of Sensations and the Relation of the Physical to the Psychical*, Nueva York: Dover Publications, 1959.

Mann, T.
1954. *Confessions of Felix Krull: Confidence Man*, Nueva York: Knopf, 1955. (*Confesiones del aventurero Félix Krull*, Barcelona: Plaza & Janes, s. f.)

Marx, K.
1844. «A Critique of the Hegelian Philosophy of Right», en K. Marx, *Selected Essays*, Nueva York: International Publishers, 1926. (*En torno a la crítica de la Filosofía del derecho de Hegel*, México: Grijalbo, 1958).
1890. *Capital. A Critique of Political Economy. The Process of Capitalist Production*, Nueva York: Modern Library. (*El Capital*, México: Fondo de Cultura Económica, 1965).

Maurer, D. W.
1940. *The Big Con, The Story of the Confidence Man and the Confidence Game*, Indianapolis: Bobbs-Merrill.

May, R.
1958. «The Origins and Significance of the Existential Movement in Psychology», en R. May, E. Angel y H. F. Ellenberger, eds., *op. cit.*, cap. 1, págs. 3-36.

May, R., Angel, E. y Ellenberger, H. F., eds.
1958. *Existence: A. New Dimension in Psychiatry and Psychology*, Nueva York: Basic Books. (*Existencia*, Madrid: Tecnos, 1961).

McKendrick, A.
1912. *Malingering and Its Detection. Under the Workmen's Compensation and Other Acts*, Edimburgo: E. & S. Livingstone.

Mead, G. H.
1934. *Mind, Self and Society. From the Standpoint of a Social Behaviorist*, Chicago:

University of Chicago Press. (*Espíritu, persona y sociedad*, Buenos Aires: Paidós, 1965).
1936. *Movements of Thought in the Nineteenth Century*, Chicago: University of Chicago Press.
1938. *The Philosophy of the Act*, Chicago: University of Chicago Press.

Meerloo, J. A.. M.
1955. «Medication into Submission, the Danger of Therapeutic Coer cion», *Journal of Nervous and Mental Diseases*, vol. 122, pág. 353.
1956. *The Rape of the Mind. The Psychology of Thought Control*, Nueva York: World.

Menninger, K. A.
1938. *Man Against Himself*, Nueva York: Harcourt, Brace. (*El hombre contra sí mismo*, Buenos Aires: Losada, 1952).
1959. «Hope. (The Academic Lecture)», *American Journal of Psychiatry*, vol. 116, pág. 481.

Merton, R. K.
1957*a*. *Social Theory and Social Structure*, Glencoe, 111.: The Free Press. (*Teoría y estructura sociales*, México: Fondo de Cultura Económica, 1970).
1957*b*. «The Role Set», *British Journal of Sociology*, vol. 8, pág. 106 Miller, N. E. y Dollard, J.
1941. *Social Learning and Imitation*, New Haven: Yale University Press.

Mises, R. von
1951. *Positivism. A Study in Human Understanding*, Nueva York: George Braziller, 1956.

Montagu, A.
1953. *The Natural Superiority of Women*, Nueva York: Macmillan. (*La natural superioridad de las mujeres*, Buenos Aires: Troquel, 1962).

Morley, C. y Everett, L. D., eds.
1951. *Familiar Quotations*, Boston: Little, Brown.

Morris, C. W.
1946. *Signs, Language and Behavior*. Nueva York: Prentice-Hall. (*Signos, lenguaje y conducta*, Buenos Aires: Losada, 1963).
1955. «Foundations of the Theory of Signs», en O. Neurath, R. Carnap y C. Morris, eds., *International Encyclopedia of Unified Science*, Chicago: University of Chicago Press, vol. I, págs. 77-137.

Muller, H. J.
1959. «One Hundred Years without Darwinism are Enough», *The Humanist*, vol. 19, pág. 139.

Munthe, A.
1930. *The Story of San Michele*, Nueva York, Dutton. (*La historia de San Michele*, Barcelona: Juventud, 1968).

Murphy, G.
1947. *Personality: A Bio-Social Approach to Origins and Structure*, Nueva York: Harper. (*Personalidad*, Madrid: Instituto de Estudios Políticos, 1956).

Myrdal, G., con la asistencia de R. Sterner y A. Rose.
1944. *An American Dilemma. The Negro Problem and Modern Democracy*, Nueva York: Harper.

Nadel, S. F.
1954. *Nupe Religion*, Glencoe, 111.: The Free Press.

Narayan, R. K.
1959. «New Role for India's "Holy Men"», *New York Times Magazine*, 6 de septiembre de 1959, pág. 9.

Neiman, L. J. y Hughes, J. W.
1951. «The Problem of the Concept of Role. A re-survey of the Literature», *Social Forces*, vol. 30, pág. 141.

Newcomb, T. M.
1951. *Social Psychology*, Nueva York: Dryden Press. (*Manual de psicología social*, Buenos Aires: Eudeba, 2 vols., 1964).

Niebuhr, R.
1958. «Thinkers and Thought», *New York Times Book Review*, 13 de julio de 1958, pág. 4.

Nietzsche, F.
1888. «The Twilight of the Idols; Or How to Philosophize with a Hammer», en *The Works of Friedrich Nietzsche*, Nueva York: Macmillan, 1896, vol. XI, págs. 198-99.

Noguchi, H. y Moore, J. W.
1913. «A Demonstration of Treponema Pallidum in the Brain in Cases of General Paralysis», *Journal of Experimental Medicine*, vol. 17, pág. 232.

Noyes, A. P.
1956. *Modern Clinical Psychiatry*, Filadelfia: W. B. Saunders, 4.ª ed. (*Psiquiatría clínica moderna*, México: Prensa Médica, 1966).

Ogden, C. K. y Richards, I. A.
1930. *The Meaning of Meaning. A Study of the Influence of Language upon Thought and of the Science of Symbolism*, Nueva York: Harcourt, Brace, 3.a ed. rev. (*El significado del significado*, Buenos Aires. Paidós, 1964).

Oppenheimer, J. R.
1957. «Impossible Choices», *Science*, vol. 125, pág. 1021.

Ostow, M.
1958. «Biological Basis of Religious Symbolism», *International Record of Medicine*, vol. 171, pág. 709.

Paine, T.
1794. *The Age of Reason, Being An Investigation of True and Fabulous Theology*, Nueva York: Thomas Paine Foundation.

Parsons, T.
1952. *The Social System*, Glencoe, 111.: The Free Press. (*El sistema social*, Madrid: Revista de Occidente, 1966).
1958*a*. «Definitions of Health and Illness in the Light of American Values and Social Structure», en E. G. Jaco, ed., *Patients, Physicians and Illness*, Glencoe, 111.: The Free Press, cap. 20, págs. 165-87.
1958*b*. «Social Structure and the Development of the Personality Freud's Contribution to the Integration of Psychology and Sociology», *Psychiatry*, vol. 21, pág. 321.

Parrinder, G.
1958. *Witchcraft*, Harmondsworth, Middlesex: Penguin Books. Pauling, L.
1956. «The Molecular Basis of Genetics», *American Journal of Psychiatry*, vol. 113, pág. 492.

Pepper, S. C.
1958. *The Sources of Value*, Berkeley y Los Angeles: University of California Press.

Perry, R. B.
1954. *Realms of Value. A Critique of Human Civilization*, Cambridge, Mass.: Harvard University Press.

Peters, R. S.
1958. *The Concept of Motivation*, Londres: Routledge & Kegan Paul. Piaget, J.
1928. *Judgment and Reasoning in the Child*, Londres: Routledge & Kegan Paul, 1952. (*El juicio y el razonamiento en el niño*, Madrid: La Lectura, s. f.)
1932. *The Moral Judgment of the Child*, Glencoe, 111.: The Free Press. (*El juicio moral en el niño*, Madrid: Beltrán, 1935).
1951. *Play, Dreams and Imitation in Childhood*, Londres: William Heinemann.
1952a. *The Child's Conception of Number*, Londres: Routledge & Kegan Paul.
1952b. *The Origins of Intelligence in Children*, Nueva York: International Universities Press. (*El nacimiento de la inteligencia*, Madrid: Aguilar, 1969).
1953. *Logic and Psychology*, Manchester: The University Press.
1954. *The Construction of Reality in the Child*, Nueva York: Basic Books. (*La*

construcción de lo real en el niño, Buenos Aires: Proteo, 1968).

Piers, G. y Singer, M. G.
1953. *Shame and Guilt. A Psychoanalytic and a Cultural Study*, Springfield, 111.: Charles C. Thomas.

Pirandello, L.
1919. «The Rules of the Game», en L. Pirandello, *Three Plays*, Harmondsworth, Middlesex: Penguin Books, 1959.

Polanyi, M.
1958*a*. *Personal Knowledge*, Chicago: University of Chicago Press.
1958*b*. *The Study of Man*, Chicago: The University of Chicago Press, 1959. (*El estudio del hombre*, Buenos Aires: Paídós, 1966).

Popper, K. R.
1944-45. *The Poverty of Historicism*, Boston: Beacon Press, 1957. (*La miseria del historicismo*, Madrid: Taurus, s. f.)
1945. *The Open Society and Its Enemies*, Princeton, N. J.: Princeton University Press, 1950. (*La sociedad abierta y sus enemigos*, Buenos Aires: Paidós, 1957).
1957. «Philosophy of Science: A Personal Report», en C. A. Mace, ed., *British Philosophy in the Mid-Century*, Nueva York: Macmillan, págs. 153-91.

Pumpian-Mindlin, E.
1959. «Propositions Concerning Energetic-Economic Aspects of Libido Theory: Conceptual Models of Psychic Energy and Structure in Psychoanalysis», en L. Beliak, ed., *Conceptual and Methodological Problems of Psychoanalysis*, *Annals of the New York Academy of Sciences*, vol. 76, pág. 1038.

Purtell, J. J., Robins, E. y Cohen, M. E.
1951. «Observations on Clinical Aspects of Hysteria», *Journal of American Medical Association*, vol. 146, pág. 902.

Rapoport, A.
1954. *Operational Philosophy: Integrating Knowledge and Action*, Nueva York: Harper.

Raven, C. E.
1959. *Science, Medicine and Morals. A Survey and a Suggestion*, Nueva York: Harper.

Reichard, S.
1956. «A Re-examination of “Studies on Hysteria”», *Psychoanalytic Quarterly*, vol. 25, pág. 155.

Reichenbach, H.
1947. *Elements of Symbolic Logic*, Nueva York: Macmillan.

1951. *The Rise of Scientific Philosophy*, Berkeley: University of California Press. (*La filosofía científica*, Mexico: Fondo de Cultura Económica, 1967).

Rieff, P.
1959. *Freud, The Mind of the Moralist*, Nueva York: Viking. (*Freud. La mente de un moralista*, Buenos Aires: Paidós, 1966).

Riese, W.
1953. *The Conception of Disease: Us History, Its Versions and Its Nature*, Nueva York: Philosophical Library.

Robins, E., Purtell, J. J. y Cohen, M. E.
1952. «"Hysteria" in men», *New England Journal of Medicine*, vol. 246, pág. 677.

Rogers, C. R.
1942. *Counseling and Psychotherapy. Newer Concepts in Practice*, Boston: Houghton Mifflin.
1951. *Client-Centered Therapy: Its Current Practice, Implications, and Theory*, Boston: Houghton Mifflin. (*Psicoterapia centrada en el cliente*, Buenos Aires: Paidós, 1969).

Roheim, G.
1943. *The Origin and Function of Culture*, Nervous and Mental Disease Monograph N° 69, Nueva York: Nervous and Mental Disease Monographs.

Rosen, J. N.
1953. *Direct Analysis: Selected Papers*, Nueva York: Grune & Stratton.

Rostow, W. W.
1952. *The Dynamics of Soviet Society*, Nueva York: Mentor Books.
1954.

Ruesch, J.
1957. *Disturbed Communication. The Clinical Assessment of Normal and Pathological Communicative Behavior*, Nueva York: W. W. Norton.
1959. «General Theory of Communication in Psychiatry», en S. Arieti y otros, eds., *American Handbook of Psychiatry*, Nueva York: Basic Books, vol. 1, cap. 45, págs. 895-908.

Ruesch, J. y Bateson, G.
1951. *Communication. The Social Matrix of Psychiatry*, Nueva York: W. W. Norton. (*Comunicación*, Buenos Aires: Paidós, 1965).

Ruesch, J. y Kees, W.
1956. *Nonverbal Communication*, Berkeley y Los Angeles: University of California Press.

Russell, B.

1908. «Mathematical Logic as Based on the Theory of Types», en B. Russell, *Logic and Knowledge. Essays, 1901-1950*, Nueva York, Macmillan, 1956, págs. 59-102.
1918. «The Philosophy of Logical Atomism», en B. Russell, *Logic and Knowledge. Essays, 1901-1950*, Nueva York: Macmillan, 1956, págs. 177-281.
1922. «Introducción» a L. Wittgenstein's, *Tractatus Logico-Philosophicus*, Londres: Routledge & Kegan Paul, págs. 7-8. (*Tractatus logico-philosophicus*, Madrid: Revista de Occidente, 1957).
1945. *A History of Western Philosophy*, Nueva York: Simon and Schuster.
1948. *Human Knowledge: Its Scope and Limits*, Nueva York: Simon and Schuster. (*El conocimiento humano*, Madrid: Taurus, 1968).
1953. «Satan in the Suburbs, or Horrors Manufactured Here», en B. Russell, *Satan in the Suburbs and Other Stories*, Nueva York: Simon and Schuster, págs. 1-59. (*Satán en los suburbios*, Madrid: Espasa-Calpe, s. f.)
1954. «A Psychoanalyst's Nightmare: Adjustment —A Fugue», en B. Russell, *Nightmares of Eminent Persons*, Londres: Bodley Head, págs. 21-30.
1955. «On the Importance of Logical Form», en O. Neurath, R. Catnap y C. Morris, eds., *International Encyclopedia of Unified Science*, Chicago: University of Chicago Press, vol. I, págs. 39-41.

Ryle, G.
1949. *The Concept of Mind*, Londres: Hutchinson's University Library. (*El concepto de lo mental*, Buenos Aires: Paidós, 1967).
1957. «The Theory of Meaning», en C. A. Mace, ed., *British Philosophy in the Mid-Century*, Nueva York: Macmillan, págs. 237-64.

Sapir, E.
1921. *Language. An Introduction to the Study of Speech*, Nueva York: Harcourt, Brace. (*El lenguaje*, Mexico: Fondo de Cultura Económica. 1966).

Sarbin, T. R.
1943. «The Concept of Role-Taking», *Sociometry*, vol. 6, pág. 273.
1950. «Contribution to Role-taking Theory. I. Hypnotic Behavior», *Psychological Review*, vol. 57, pág. 255.
1954. «Role Theory», en G. Lindzey, ed., *Handbook of Social Psychology*, Cambridge, Mass.: Addison-Wesley, vol. I, cap. 6, págs. 22358. *[Manual de psicología social*, Buenos Aires: Paidós, 1966).

Saul, L. J.
1935. «A Note on the Psychogenesis of Organic Symptoms», en F. Alexander, T. M. French y otros, *op. cit.*, págs. *85-90.*

Schachtel, E. G.
1959. *Metamorphosis. On the Development of Affect, Perception, Attention, and Memory*, Nueva York: Basic Books. (*Metamorfosis El conflicto del desarrollo*

humano y la psicología de la creatividad, México: Fondo de Cultura Económica, 1962).

Schein, E. H.
1951. «The Chinese Indoctrination Program for Prisoners of War», *Psychiatry*, vol. 14, pág. 171.

Schiller, J. C. F.
1798. «Der Ring des Polykrates», en Schiller, *Werke* (12 vols., con una introducción de Von Gotthilf), Berlin-Leipzig: Th. Knaur Nacht, 1908, vol. I, págs. 176-79.

Schlauch, M.
1942. *The Gift of Language*, Nueva York: Dover, 1955.

Schlick, M.
1932. «Causality in Everyday Life and in Recent Science», en H. Feigl y W. Sellars, eds., *op. cit.*, pag. 515-33.
1935. «On the Relation Between Psychological and Physical Concepts», en H. Feigl y W. Sellars, eds., *op. cit.*, págs. 393-407.

Schmideberg, M.
1959. «The Borderline Patient», en S. Arieti y otros, eds., *American Handbook of Psychiatry*, Nueva York: Basic Books, vol. I, cap. 21, págs. 398-416.

Scriven, M.
1956. «A Possible Distinction Between Traditional Scientific Disciplines and the Study of Human Behavior», en H. Feigl y M. Scriven, eds., *Minnesota Studies in the Philosophy of Science*, Minneapolis: University of Minnesota Press, vol. I, págs. 330-39.

Sellars, W.
1954. «Some Reflections on Language Games», *Philosophy of Science*, vol. 21, pág. 204.

Sellars, W. y Hospers, J., eds.
1952. *Readings in Ethical Theory*, Nueva York: Appleton-Century-Crofts.

Sigerist, H. E.
1951. «Primitive and Archaic Medicine», en *A History of Medicine*, Nueva York: Oxford University Press, vol. I.
1960. *Henry Sigerist on the Sociology of Medicine*, Nueva York: MID Publications.

Silverberg, W. V.
1952. *Childhood Experience and Personal Destiny. A Psychoanalytic Theory of Neurosis*, Nueva York: Springer.

Sorokin, P. A. y Lunden, W. A.

1959. *Power and Morality. Who Shall Guard the Guardians?*, Boston: Porter Sargent.

Spencer, H.
1884. *The Man Versus The State*, Boston: Beacon Press, 1950 (*El hombre contra el Estado*, Madrid: Aguilar, 1963).

Spiegel. J.
1954. «The Social Roles of Doctor and Patient in Psychoanalysis and Psychotherapy», *Psychiatry*, vol. 17, pág. 369.

Spiegel, R.
1959. «Specific Problems of Communication in Psychiatric Conditions», en S. Arieti y otros, eds., *American Handbook of Psychiatry*, Nueva York: Basic Books, vol. I, cap. 46, págs. 909-49.

Stein, M. R., Vidich, A. J. y White, D. M., eds.
1960. *Identity and Anxiety. Survival of the Person in Mass Society*, Glencoe, 111.: The Free Press.

Stevenson, A.
1959. «Adlai Stevenson on Psychiatry in USSR», *American Journal of Psychotherapy*, vol. 13, pág. 530.

Stierlin, H.
1958. «Contrasting Attitudes toward the Psychoses in Europe and in the United States», *Psychiatry*, vol. 21, pág. 141.

Strachey, J.
1934. «The Nature of the Therapeutic Action of Psychoanalysis», *International Journal of Psycho-Analysis*, vol. 15, pág. 127.

Sullivan, H. S.
1947. *Conceptions of Modern Psychiatry*, The First William Alanson White Memorial Lecture, Washington, D. C.: The William Alanson White Psychiatric Foundation. (*Concepciones de la psiquiatría moderna*, Buenos Aires: Psique, 1959).
1953. *The Interpersonal Theory of Psychiatry*, Nueva York: W. W. Norton. (*La teoría interpersonal de la psiquiatría*, Buenos Aires: Psique, 1964).
1956. *Clinical Studies in Psychiatry*, Nueva York: W. W. Norton. (*Estudios clínicos de psiquiatría*, Buenos Aires: Psique, 1963).

Sulloway, A. W.
1959. *Birth Control and Catholic Doctrine*, Boston: Beacon Press.

Szasz, T. S.
1956*a*. «Some Observations on the Relationship Between Psychiatry and the Law, *American Medical Association Archives of Neurology and Psychiatry*, vol. 75, pág. 297.

1956*b*. «Malingering: “Diagnosis” of Social Condemnation? Analysis of the Meaning of “Diagnosis” in the Light of Some Interrelations of Social Structure, Value Judgment, and the Physician’s Role», *American Medical Association Archives of Neurology and Psychiatry*, vol. 76, pág. 432.
1956*c*. «On the Experiences of the Analyst in the Psychoanalytic Situation. A Contribution to the Theory of Psychoanalytic Treatment», *Journal of the American Psychoanalytic Association*, vol. 4, pág. 197.
1957*a*. *Pain and Pleasure. A Study of Bodily Feelings*, Nueva York: Basic Books.
1957*b*. «On the Theory of Psycho-analytic Treatment», *International Journal of Psycho-Analysis*, vol. 38, pág. 166.
1957*c*. «A Contribution to the Psychology of Schizophrenia», *American Medical Association Archives of Neurology and Psychiatry*, vol. 77, pág. 420.
1957*d*. «Commitment of the Mentally 111: “Treatment” or Social Restraint?», *Journal of Nervous and Mental Diseases*, vol. 125, pág. 293.
1957*e*. «Psychiatric Expert Testimony: Its Covert Meaning and Social Function», *Psychiatry*, vol. 20, pág. 313.
1958*a*. «Psychoanalysis as Method and as Theory», *Psychoanalytic Quarterly*, vol. 27, pág. 89.
1958*b*. «Psychiatry, Ethics, and the Criminal Law», *Columbia Law Review*, vol. 58, pág. 183.
1958*c*. «Scientific Method and Social Role in Medicine and Psychiatry», *American Medical Association Archives of International Medicine*, vol. 101, pág. 228.
1958*d*. «Men and Machines», *British Journal of Philosophical Sciences*, vol. 8, pág. 310.
1958*e*. «Psycho-analytic Training: A Sociopsychological Analysis of its History and Present Status», *International Journal of Psycho-Analysis*, vol. 39, pág. 598.
1958*f*. «Politics and Mental Health: Some Remarks apropos of the Case of Mr. Ezra Pound», *American Journal of Psychiatry*, vol. 115, pág. 508.
1959*a*. «A Critical Analysis of Some Aspects of the Libido Theory: The Concepts of Libidinal Zones, Aims, and Modes of Gratification», en L. Beliak, ed., *Conceptual and Methodological Problems in Psychoanalysis, Annals of the New York Academy of Sciences*, vol. 76, págs. 975.
1959*b*. «The Classification of “mental illness”. A Situational Analysis of Psychiatric Operations», *Psychiatric Quarterly*, vol. 33, pág. 77. 1959c. «Recollections of a Psychoanalytic Psychotherapy: The Case of the “Prisoner K.”», en A. Burton, ed., *op. cit.*, cap. 4, págs. 75-110.
1959*d*. «Psychoanalysis and Medicine», en M. Levitt, ed., *Readings in Psychoanalytic Psychology*, Nueva York: Appleton-Century-Crofts, cap. 24, págs. 355-74.
1959*c*. «Language and Pain», en S. Arieti y otros, eds., *American Handbook of Psychiatry*, Nueva York: Basic Books, vol. I, cap. 49, págs. 982-99.

1959*f*. «The Communication of Distress between Child and Parent», *British Journal of Medical Psychology*, vol. 32, pág. 161.
1959*g*. «Psychiatry, Psychotherapy, and Psychology», *American Medical Association Archives of Gen. Psychiat.*, vol. 1, pág. 455.
1960*a*. «Mach and Psychoanalysis», *Journal of Nervous and Mental Diseases*, vol. 130, pág. 6.
1960*b*. «The Myth of Mental Illnes», *American Psychologist*, vol. 15, pág. 113.
1960*c*. «Moral Conflict and Psychiatry», *Yale Review*, vol. 49, pág. 555.
1960*d*. «Civil Liberties and the Mentally 111», *Cleveland-Marshall Law Review*, vol. 9, pág. 399.

Szasz, T. S. y Hollender, M. H.
1956. «A Contribution to the Philosophy of Medicine. The Basic Models of the Doctor-Patient Relationship», *American Medical Association Archives of International Medicine*, vol. 97, pág. 585.

Szasz, T. S, Knoff, W. F. y Hollender, M. H.
1958. «The Doctor-Patient Relationship in its Historical Context», *American Journal of Psychiatry*, vol. 115, pág. 522.

Tarski, A.
1944. «The Semantic Conception of Truth», *Philosophy and Phenomenological Research*, vol. 4, pág. 341.

Tauber, E. S. y Green, M. R.
1959. *Prelogical Experience. An Inquiry into Dreams and Other Creative Processes*, Nueva York: Basic Books.

Vaihinger, H.
1911. *The Philosophy of «As If». A System of the Theoretical, Practical, and Religious Fictions of Mankind*, Londres: Routledge & Kegan Paul, 1952.

Von Domarus, E.
1944. «The Specific Laws of Logic in Schizophrenia», en J. S. Kasanin, ed., *Language and Thought in Schizophrenia*, Berkeley y Los Angeles: University of California Press, pág. 104-14.

Weinberg, A., ed.
1957. *Attorney for the Damned*, Nueva York: Simon and Schuster Weinberg, J. R.
1950. *An Examination of Logical Positivism*, Londres: Routledge & Kegan Paul. (*Examen del positivismo lógico*, Madrid: Aguilar, 1959).

Weiner, H. y Braiman, A.
1955. «The Ganser Syndrome: A Review and Addition of Some Unusual Cases», *American Journal of Psychiatry*, vol. Ill, pág. 767.

Wertham, F.
1949. *The Show of Violence*, Garden City, N. Y.: Doubleday & Co. Wharton, E.
1911. *Ethan Frome*, Nueva York: Charles Scribner's.

Wheelis, A.
1958. *The Quest for Identity*, Nueva York: W. W. Norton.

White, R. W.
1941. «A Preface to the Theory of Hypnotism», en S. S. Tomkins, ed., *Contemporary Psychopathology, A Source Book*, Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1947, cap. 36, págs. 479-502.

Whitehead, A. N. y Russell, B.
1910. *Principia Mathematica*, Cambridge: Cambridge University Press 1950, 2.ª ed., vol I.

Wiener, N.
194*c*. S. *Cybernetics Or Control and Communication in the Animal and the Machine*, Nueva York: John Wiley.
1950. *The Human Use of Human Beings. Cybernetics and Society*, Garden City, N. Y.: Doubleday Anchor, 1954.
1960. «Some Moral and Technical Consequences of Automation», *Science*, vol. 131, pág. 1355.

Woodger, J. H.
1952. *Biology and Language. An Introduction to the Methodology of the Biological Sciences Including Medicine*, Cambridge: Cambridge University Press.
1956. *Physics, Psychology and Medicine. A Methodological Essay*, Cambridge: Cambridge University Press.

Wortis, J. B.
1950. *Soviet Psychiatry*, Baltimore: Williams & Wilkins.

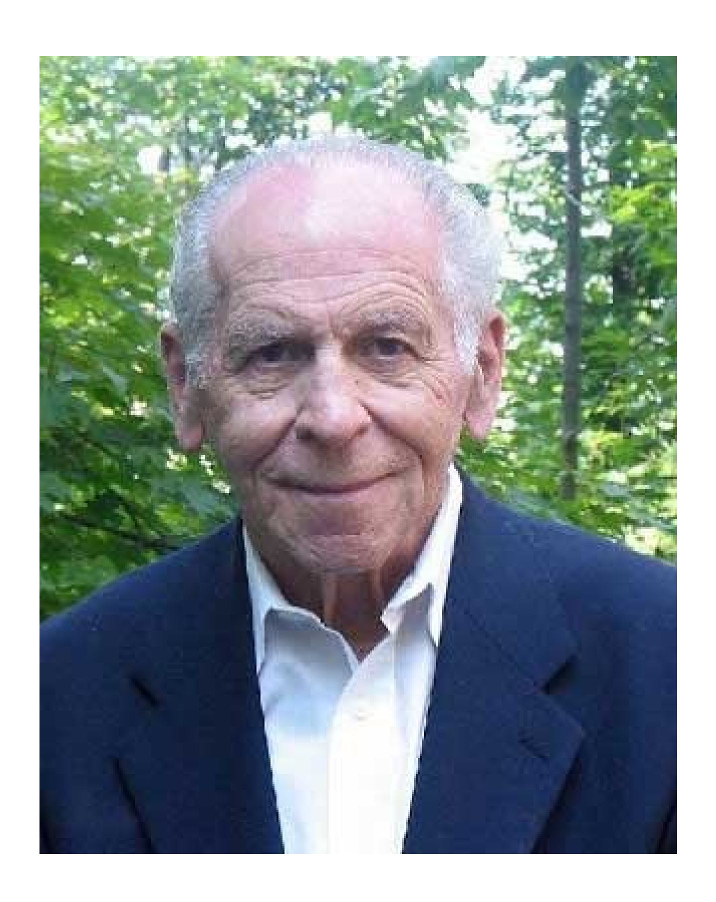
Yarnell, H.
1957. «An Example of the Psychopathology of Religion: The Seventh-day Adventist Denomination», *Journal of Nervous and Mental Diseases*, vol. 125, pág. 202.

Ziegler, F. J., Imboden, J. B. y Meyer, E.
1960. «Contemporary Conversion Reactions: A Clinical Study», *American Journal of Psychiatry*, vol. 116, pág. 901.

Zilboorg, G.
1935. *The Medical Man and the Witch During the Renaissance*, Baltimore: Johns Hopkins Press.
1941. *A History of Medical Psychology* (en colaboración con G. W. Henry), Nueva York: W. W. Norton. (*Historia de la psicología médica*, Buenos Aires: Siglo Veinte,

1968).
1943. *Mind, Medicine, and Man*, Nueva York: Harcourt, Brace. (*Mente y medicina*, Buenos Aires: Nova, 1951).

Zweig, S.
1931. *Mental Healers. Franz Anton Mesmer, Mary Baker Eddy, Sigmund Freud*, Nueva York: Viking, 1932.



THOMAS SZASZ (Budapest, 1920 - 2012). Fue profesor emérito de psiquiatría en la Universidad de Siracusa en Nueva York. Szasz fue crítico de los fundamentos morales y científicos de la psiquiatría y uno de los referentes de la antipsiquiatría.

Su postura sobre el tratamiento involuntario es consecuencia de sus raíces conceptuales en el liberalismo clásico y el principio de que cada persona tiene jurisdicción sobre su propio cuerpo y su mente. Szasz considera que la práctica de la medicina y el uso de medicamentos debe ser privado y con consentimiento propio, fuera de la jurisdicción del Estado.

Es conocido por sus libros *El mito de la enfermedad mental* y *La fabricación de la locura: un estudio comparativo de la inquisición con el movimiento de salud mental*, en los que planteó sus principales argumentos con los que se le asocia.

Notas

[1] En otros libros [Szasz, 1957*d*, 1958*b*] examiné los factores ramificados que determinan si una persona será considerada «enferma mental» o «susceptible de internación», y señalé, con respecto a esto, los problemas de *poder* y *valor*. En la actualidad, las personas pueden ser segregadas en hospitales neuropsiquiátricos, no solo porque están «enfermas», sino también por no ser constructivas en el plano social. Esta falta de contribución positiva al bienestar social (sea cual fuere su definición) puede ser resultado de una deficiencia —debida a la imbecilidad, la ineptitud o la falta de recursos humanos— o de la rebelión, mediante la defensa y la aceptación de valores y metas que discrepan demasiado con los que predominan en la cultura en un momento determinado. <<

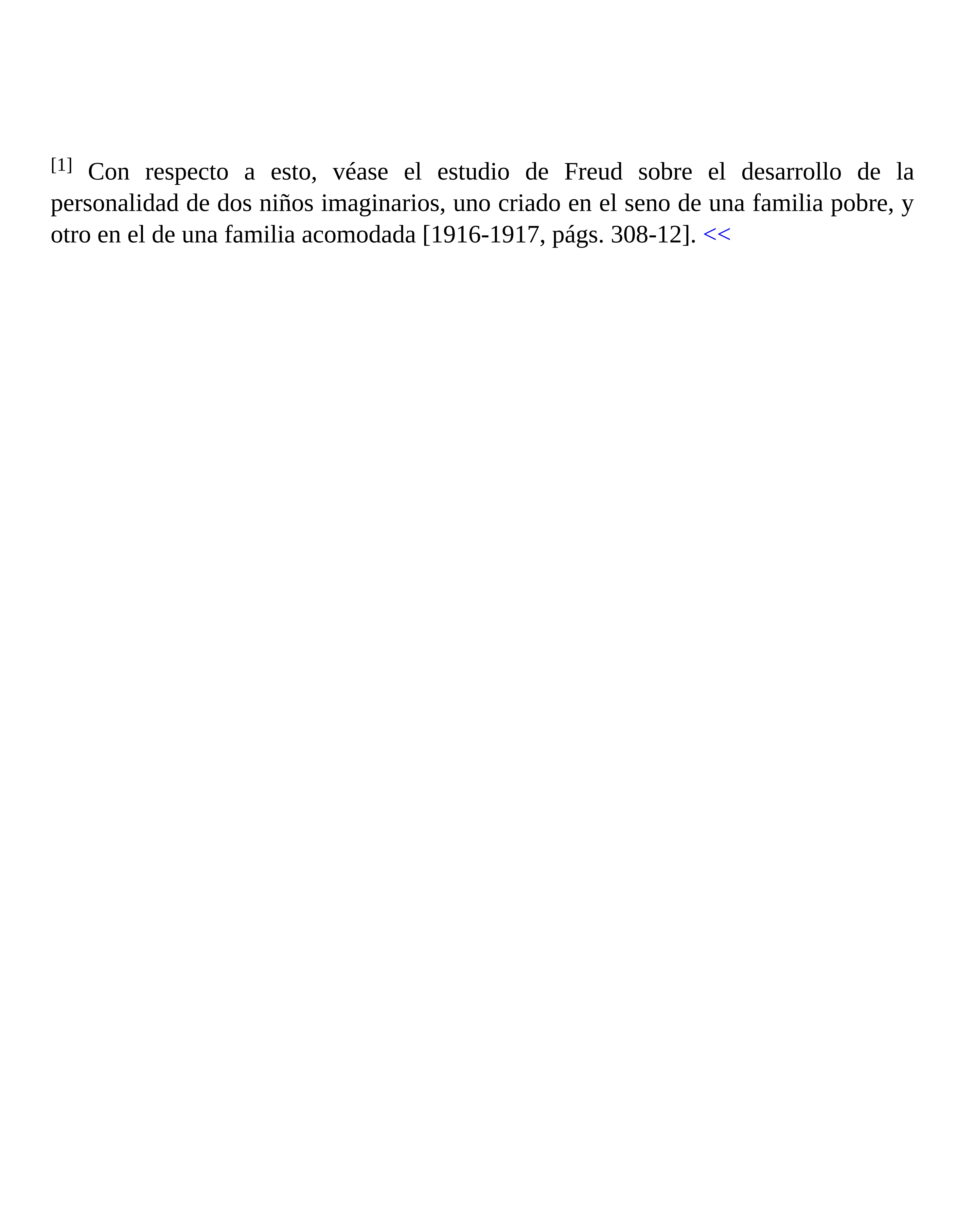
[2] Es importante hacer notar, sin embargo, que el rol de enfermo es socialmente más aceptable que el rol de paria social (v. gr., simulador, delincuente, vagabundo, etc.). La persona enferma, aunque incapacitada, es vista como un miembro más o menos completo de la sociedad [Parsons, 1958*a*]. Por lo tanto, en la medida en que Charcot logró «promover» a los fingidores a la categoría de histéricos, «liberó» realmente a los enfermos mentales. <<

[3] La adhesión al punto de vista organicista o fisicoquímico también estuvo dictada, y continúa estándolo, por la dificultad para diferenciar en muchos casos la histeria de la esclerosis múltiple, por ejemplo, o del tumor cerebral (especialmente en sus primeros estadios). A la inversa, los pacientes que padecen enfermedades neurológicas pueden mostrar también lo que se llama conducta histérica, o signos de otros tipos de «enfermedades mentales». Este problema del llamado diagnóstico diferencial entre enfermedad «orgánica» y enfermedad «psicológica» constituyó uno de los mayores obstáculos para formular una teoría de la conducta personal libre de componentes cerebrales-mitológicos. En el curso del desarrollo de mi tesis, consideraré repetidas veces este problema. <<

[1] Para una documentación detallada de esta tesis, véase «Malingering: “Diagnosis” or Social Condemnation?» [Szasz, 1956*b*]. <<

[2] Para preparar este capítulo consultamos las siguientes fuentes sobre el fingimiento, no mencionadas en forma específica en el texto: Cohen [1954], Collie [1913], Freud [1920], Henderson y Gillespie [1950], Jones [1957, pág. 23], McKendrick [1912], Noyes [1956] y Wertham [1949]. <<

[3] Véase Erving Goffman [1959], en especial su distinción entre los signos que la persona da, comparados con los que emite [pág. 14 y sigs. de la versión castellana]. <<



[1] Con respecto a esto, véase el estudio de Freud sobre el desarrollo de la personalidad de dos niños imaginarios, uno criado en el seno de una familia pobre, y otro en el de una familia acomodada [1916-1917, págs. 308-12]. <<

[2] No quiero decir que la reserva —en las relaciones médicas o de otra clase— se vincule siempre con el capitalismo como sistema socieconómico. Por el contrario, parecería que la capacidad para imponer la reserva (o el secreto) depende del poder o el status social. El dinero suele ser el medio de poner en práctica dicho poder. Es significativo, sin embargo, que los hombres de elevado status social en las sociedades comunistas puedan tener acceso a la reserva, sin que esta dependa de consideraciones monetarias, mientras que a las personas situadas en niveles muy altos en las sociedades capitalistas —sobre todo si actúan en público— les resulta a menudo casi imposible obtener reserva en las relaciones terapéuticas. <<

[3] Los términos «en favor» o «en contra» del paciente, y «bueno» o «malo» para él, se utilizan aquí de acuerdo con la propia definición del paciente acerca de sus carencias y necesidades. Cualquier otra definición —como, por ejemplo, tratar de determinar si el terapeuta actúa en favor del paciente o en su contra, de acuerdo con las intenciones admitidas del terapeuta— solo puede llevar a la confusión y la explotación social. Un buen ejemplo es la idea de que todos los psiquiatras son «terapeutas» que actúan en favor de los principales intereses del paciente, independientemente de lo que en realidad hacen [Szasz. 1957*d*, 1960*d*]. <<

[4] Gran parte del material referente al sistema médico soviético se basa en el libro de Mark G. Field, *Doctor and Patient in Soviet Russia* [1957]. Casi todos los datos de Field provienen del período stalinista. Parece claro ahora que la vida cotidiana en Rusia era entonces bastante dura, en especial durante los años de la guerra. A partir de la muerte de Stalin, la vida llegó a ser, en apariencia, mucho más llevadera, y la presión para trabajar y producir, menos insistente. Por lo tanto, las observaciones citadas y las hipótesis sugeridas, aunque quizá sean exactas con referencia a la Rusia stalinista, pueden carecer de validez total para la actual situación médico-social de ese país. <<

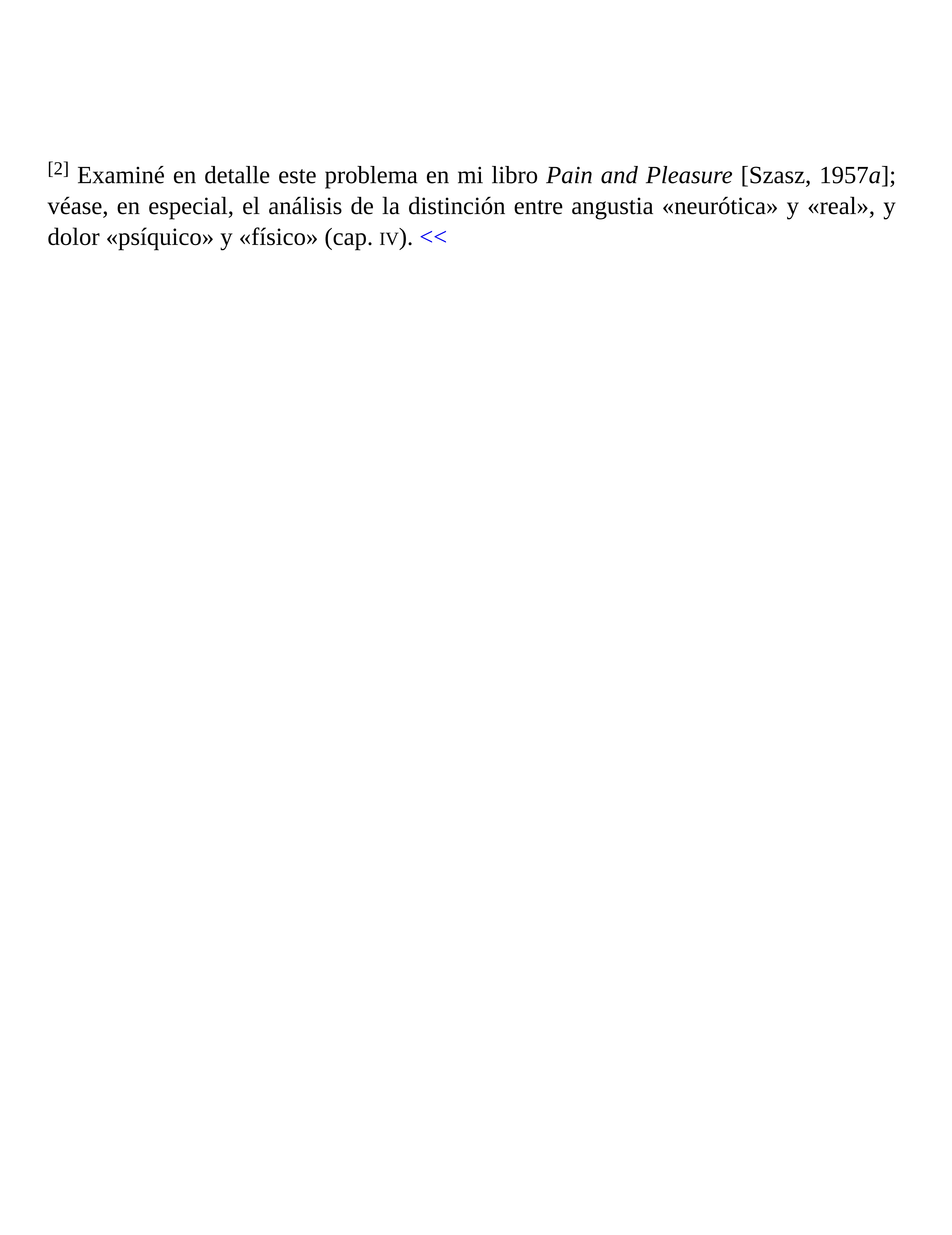
[5] En este análisis omitimos deliberadamente las consideraciones acerca de la naturaleza y función de la asistencia médica privada en la Unión Soviética. Por consiguiente, en el cuadro 3, bajo el título de «Asistencia médica en la Unión Soviética», solo enumeramos las características predominantes de la asistencia médica financiada por el Estado. <<

[6] El famoso «complot de los médicos» de principios de 1953 apoya esta hipótesis [Rostow, 1952, págs. 222-26]. En esa época se sostuvo que un grupo de médicos que ocupaban altas posiciones jerárquicas habían asesinado a importantes oficiales soviéticos y eran responsables de la rápida declinación de la salud de Stalin. Después de la muerte de este, se negó la existencia de tal complot. En otras palabras, este no era un hecho «real», sino «fingido». Mi punto de vista es que, prescindiendo de los conflictos y los motivos políticos específicos que pudieron haber desencadenado esta acusación, a los médicos —antiguos co-arquitectos del Estado soviético [Field, 1957, pág. 174]— se los acusaba ahora de destruir el mismo edificio cuya construcción se les había encargado. <<



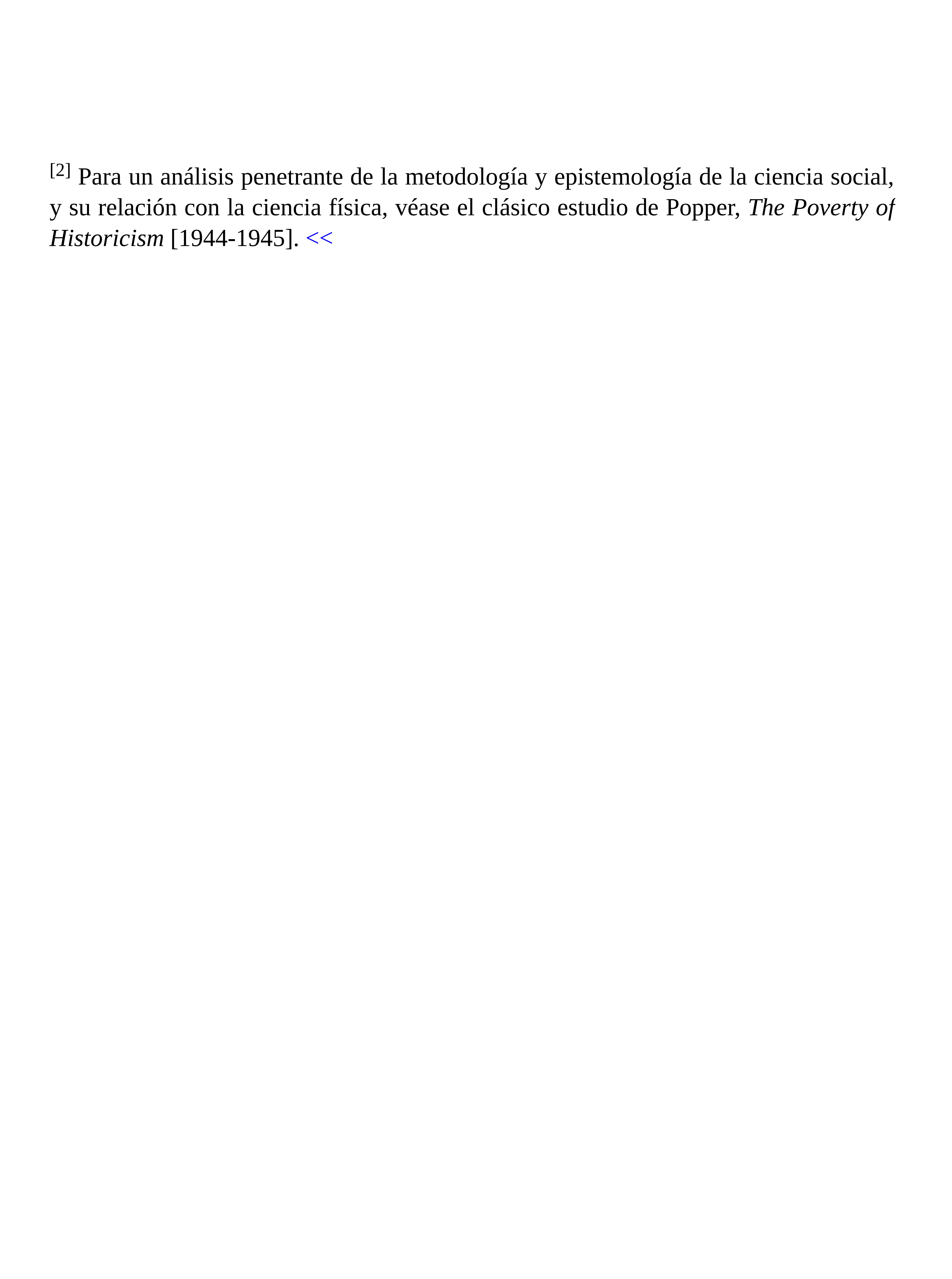
[7] En este sentido, véase, por ejemplo, *Attorney for the Dammed*, una selección de los discursos de Clarence Darrow [A. Weipherg, 1957]. <<

[1] Todos los pasajes citados en este capítulo corresponden a Breuer y Freud, «Estudios sobre la histeria» [1893-1895], a menos que se indique lo contrario. <<



[2] Examiné en detalle este problema en mi libro *Pain and Pleasure* [Szasz, 1957*a*]; véase, en especial, el análisis de la distinción entre angustia «neurótica» y «real», y dolor «psíquico» y «físico» (cap. IV). <<

[1] Jaspers optó por callar durante el régimen nazi, en tanto Heidegger, en realidad, se unió al movimiento (Kaufmann, 1956, págs. 47-48]. <<



[2] Para un análisis penetrante de la metodología y epistemología de la ciencia social, y su relación con la ciencia física, véase el clásico estudio de Popper, *The Poverty of Historicism* [1944-1945]. <<

[1] El lector interesado en este tipo de análisis puede consultar la obra de Reichenbach [1947], cuyo sistema conceptual adoptamos como base para la presente exposición. <<

[2] En este libro utilizamos la palabra «objeto» en distintos sentidos, según el contexto en que aparece. La empleamos de manera técnicamente especializada en dos situaciones. Con respecto a las relaciones objetales, «objeto» significa, por lo general, una persona, y con menos frecuencia, una cosa o idea. En relación con las jerarquías lógicas —de los lenguajes, por ejemplo—, el término «objeto» denota un nivel de discurso acerca del cual solo podemos hablar en metalenguaje. La relación lógica entre los niveles del lenguaje objetal y el metalenguaje es siempre relativa. Así, un metalenguaje de primer nivel puede considerarse un lenguaje objetal respecto de un metalenguaje de segundo nivel. <<

[3] Hay ciertas similitudes manifiestas entre lo que yo he llamado *protolenguaje* y el concepto freudiano de *proceso primario* del pensamiento, así como entre aquel y el concepto de *paleológico* de Von Domarus y Arieti [Arieti, 1955, 1959]. Las diferencias entre el protolenguaje y estas dos construcciones se aclararán en el curso de la subsiguiente exposición de mi tesis. <<



[4] Para una magnífica pintura literaria de este tipo de comunicación, véase la novela de Edith Wharton, *Ethan Frome* [1911]. <<

[5] Estas observaciones indican que el uso informativo del lenguaje es más eficaz en situaciones igualitarias o democráticas. En este tipo de situación, la información inducirá, por regla general, la acción solicitada. O, de lo contrario, suscitará algún tipo de contrainformación. Por otra parte, cuando una persona desvalida busca la ayuda de una persona relativamente más poderosa debe recurrir, por lo común, al uso afectivo del lenguaje. Limitarse a pedir algo sólo serviría para revelar su propia debilidad. En cambio, al manifestar un sufrimiento agudo podría provocar la acción deseada, haciendo que la otra persona se sienta angustiada y culpable. <<

[1] La distinción entre codificación analógica y digital corresponde a la distinción entre simbolización icónica y convencional [Wiener, 1950, págs. 64-73]. <<

[2] Considerar que ciertas formas de conducta son imágenes utilizadas para comunicar mensajes, es también útil para comprender algunos actos de la vida cotidiana, como el uso de determinados elementos distintivos de la indumentaria (v. gr., gorras, chaquetas, etc.). Esto equivale a decir: «Yo pertenezco a este grupo», o «Yo soy Fulano de Tal» (como medio de autoidentificación; por ejemplo, «Soy un hombre de Harvard»). Los uniformes se usan en forma deliberada, desde luego, para conferir una identidad o un rol específicos a la persona, tal como: «Usted está ahora en la Marina», o «Usted es un oficial», etc. En todas estas situaciones se trata de usos de los signos icónicos. <<

[3] Este análisis será aplicable a diversos fenómenos, como la «histeria», la «hipocondría», la «esquizofrenia», etc. La característica distintiva es el uso de *signos corporales* y su *iconicidad*. Los rótulos de la nosología psiquiátrica tradicional son de escasa utilidad para determinar dónde o cuándo sería posible encontrar dichos signos [Szasz, 1957*a*], <<

[4] Esto significa que hacemos responsable a la gente por las mentiras, pero no, en general, por los errores. Esto lleva al importante problema de la *actitud* del observador hacia diversas formas de conducta personal, ya que de la manera en que se *juzgue* la conducta dependerá, en gran medida, que ella sea recompensada, ignorada, tratada como enfermedad, sancionada con un castigo, etcétera. <<

[5] Un lenguaje perfecto desde el punto de vista lógico es, según Russell [1922], aquel que evita las contradicciones. La matemática es, indudablemente, la que más se aproxima a este ideal. No existe, por supuesto, ningún lenguaje corriente que se aproxime a la perfección lógica, y no hay razón alguna para pensar que esta sería una finalidad conveniente o factible para aquel [Black, 1951, págs. 251-55]. <<



[1] Esto no es estrictamente aplicable al idioma castellano, donde «insinuación» puede ser sinónimo de «sugerencia». (*N. del E.*) <<

[2] Es innegable, por supuesto, que, desde un punto de vista operacional, gran parte del psicoanálisis gira en torno del análisis del lenguaje. Muchos psicoanalistas aceptaron como cosa natural que el psicoanálisis es, en cierto sentido, el estudio de las comunicaciones. A pesar de estas consideraciones, es menester recalcar que la obra de Freud se moldeó en el marco explícito de la medicina y la psiquiatría (psicología médica). Los términos «neurosis», «psicosis», «síntoma neurótico» o «tratamiento psicoanalítico» —para nombrar solo unos pocos— son testimonio elocuente de la herencia médica adquirida por Freud, de la cual sólo se liberó hasta cierto punto. <<

[3] En el capítulo 14 examinaremos en detalle el problema de la personificación. <<



[4] En mi ensayo «Recollections of a Psychoanalytic Psychotherapy: The case of the “Prisoner K”», describí en detalle la psicoterapia de este paciente [Szasz. 1959*c*]. <<

[1] En mi exposición del modelo de la conducta humana como acatamiento de reglas me he basado en gran medida en el excelente estudio de Peters. <<

[2] Esta distinción está completamente enmascarada —o deberíamos decir, quizá, negada en forma satisfactoria— en la concepción religiosa de «ley natural». Conforme a la doctrina católica, el comportamiento sexual *es (¿debería ser?)* reguiado por la «ley natural» [Sulloway, 1959]. <<



[3] No nos proponemos presentar aquí una exposición detallada de la forma en que se originan las reglas y cómo las aprende el niño. El lector interesado en el tema puede consultar las obras de Jean Piaget [1928, 1932, 1951]. <<



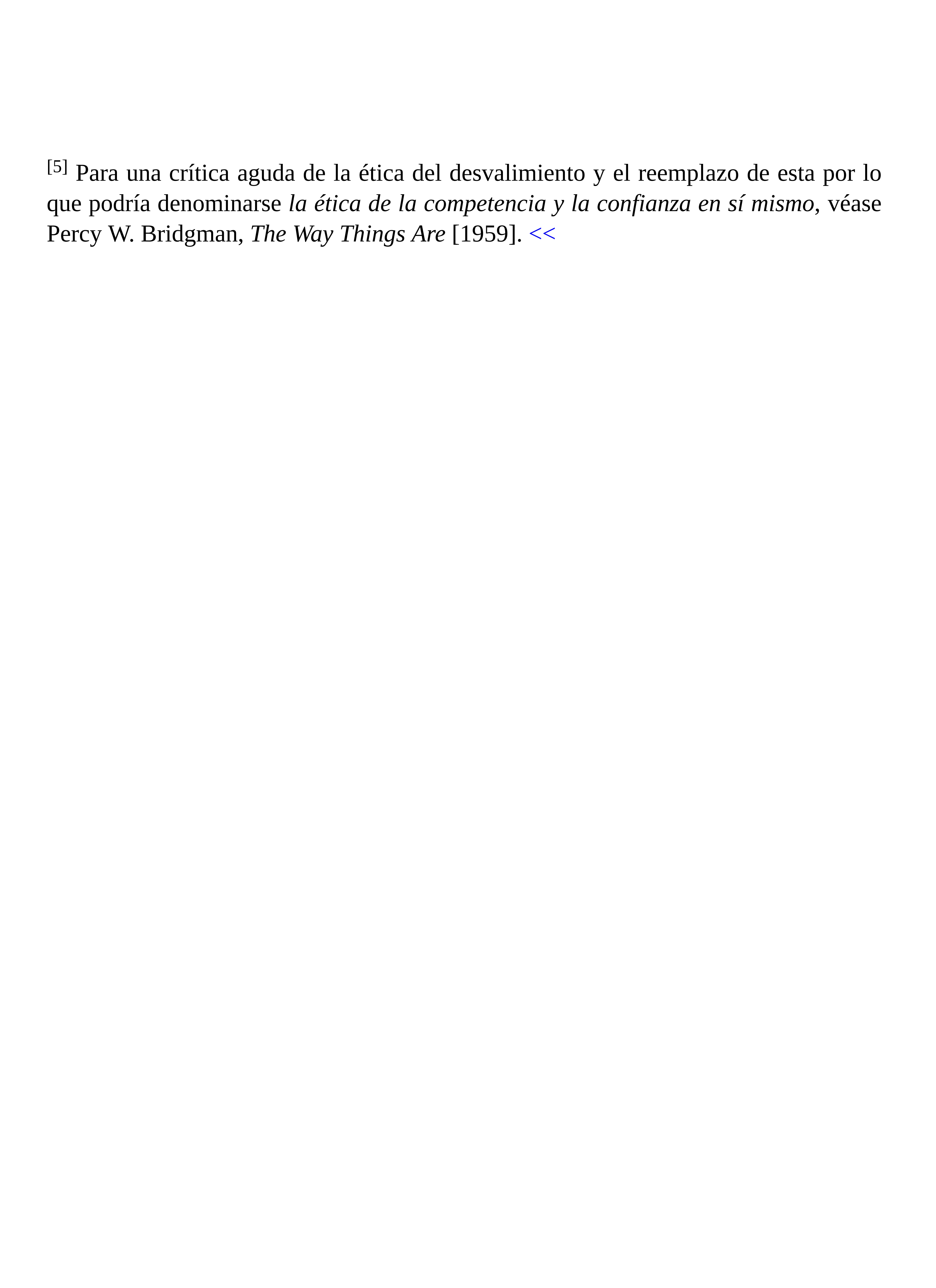
[4] En el capítulo 13 incluimos un examen sistemático de las jerarquías de reglas y juegos. <<

[1] El hecho de que todas las relaciones niño-adulto puedan incluirse en la categoría de «buscar ayuda-brindar ayuda» no significa que no existan considerables variaciones en ellas. Una amplia literatura antropológica y sociológica referente a las prácticas de crianza del niño se dedica, precisamente, a dilucidar estas diferencias [v. gr., Linton, 1945, 1957]. <<

[2] Mi intento de formular una teoría coherente de la conducta personal se basa en la premisa fundamental de que esta es siempre, por lo menos en parte, una expresión del *aprendizaje y la creatividad humanos*. Este enfoque psiquiátrico no es nuevo. Recibió su impulso inicial de Freud y Pavlov, y luego lo aplicaron investigadores como A. Adler [1907-1937], Dollard y Miller [1941, 1950] Fromm [1941, 1947], Goldstein [1951], Horney [1939, 1950], Jung [1940], Sullivan [1947, 1953] y otros. <<

[3] Un trabajo reciente y muy interesante acerca de las relaciones objetales en los monos puede verse en las obras de Harlow y Zimmermann [1959]. Estas importantes observaciones experimentales ilustran en forma notable a *The Need for Object Contact*. Con respecto a este tema, véanse también los trabajos de Fairbairn [1952] y Szasz [1957*a*]. <<

[4] Además de *Collected Papers*, de Freud, se incluyó en el Índice de Libros Prohibidos por la Iglesia Católica (y, a veces, se los retiró después) a los siguientes autores: Havelock Ellis, Aldous Huxley, James Joyce, Alfred C. Kinsey, Thomas Mann, Margaret Mead, Bertrand Russell, H. G. Wells, etc. [Blanshard, 1953, págs. 80-87], A pesar de la importancia de estas obras para el estudio de la ciencia de la conducta —y de conflictos similares, aunque tal vez menos definidos, entre la ciencia y otros aspectos de las creencias religiosas—, ni las organizaciones psicoanalíticas ni las religiosas parecen considerar hoy que los roles del psicoanalista y del creyente religioso están en pugna. <<



[5] Para una crítica aguda de la ética del desvalimiento y el reemplazo de esta por lo que podría denominarse *la ética de la competencia y la confianza en sí mismo*, véase Percy W. Bridgman, *The Way Things Are* [1959]. <<

[6] Las reglas mediante las cuales se ofrecen recompensas por contar con *posesiones negativas* —p. ej., *no tener* sabiduría, previsión, felicidad, etc.— impregnan toda la ética cristiana. Ser pobre es alabado en Mateo, 19:23-30; estar hambriento, en Lucas, 6:20-26; estar castrado, en Mateo, 19:12. Vale la pena citar a este último porque el estado de castración, exaltado en este pasaje bíblico, tendrá importancia para nosotros en el capítulo 12. Las líneas que nos interesan son estas:

«Porque hay eunucos que nacieron así del vientre de su madre; y hay eunucos, que son hechos eunucos por los hombres; y hay eunucos que se hicieron a sí mismos por causa del reino de los cielos; el que pueda ser capaz de eso, séalo».

La castración del hombre se codifica aquí como un medio de buscar el amor de Dios. Los temas de la autocastración y la impotencia —o, en términos más generales, de la lujuria y sus vicisitudes— son los *leitmotiv* de: 1) varias partes de la Biblia; 2) la hechicería, la caza de brujas y los documentos que tratan acerca de la brujería —v. gr., el *Malleus Malleficarum* [Krämer y Sprenger, 1486]—, y 3) la primitiva teoría del psicoanálisis. <<

[7] La estructura social de la Unión Sudafricana representa un residuo contemporáneo de este sistema. <<

[1] Las explicaciones que se basan en la existencia de víctimas propiciatorias tienen mucho en común con aquellas basadas en lo que Hardin [1956] llamó *pancreston* o «explícalo-todo». Se podría decir que las víctimas propiciatorias son un tipo especial de *pancreston*. <<

[2] El descubrimiento de la «histeria masculina», como la conversión de los simuladores en histéricos, postulada por Charcot (véase el cap. 1), fue otro paso en la *democratización de la desgracia*. Parece que Freud [1932] estaba más dispuesto a reconocer la igualdad de ambos sexos con respecto al sufrimiento —es decir, la tendencia a la «neurosis»— que en relación con las potencialidades de la actuación creadora. Su afirmación de que también los hombres pueden padecer histeria debe compararse con su convicción igualmente firme de que la capacidad de las mujeres (y las «masas») para realizar trabajos, «sublimar» y tener un buen «desarrollo mental» era inferior a la de los hombres y miembros de las clases superiores. <<

[3] Algunos aspectos del modelo de la conducta como juego, que presentaremos en detalle en la quinta parte de este libro, se anticiparán en esta sección. <<

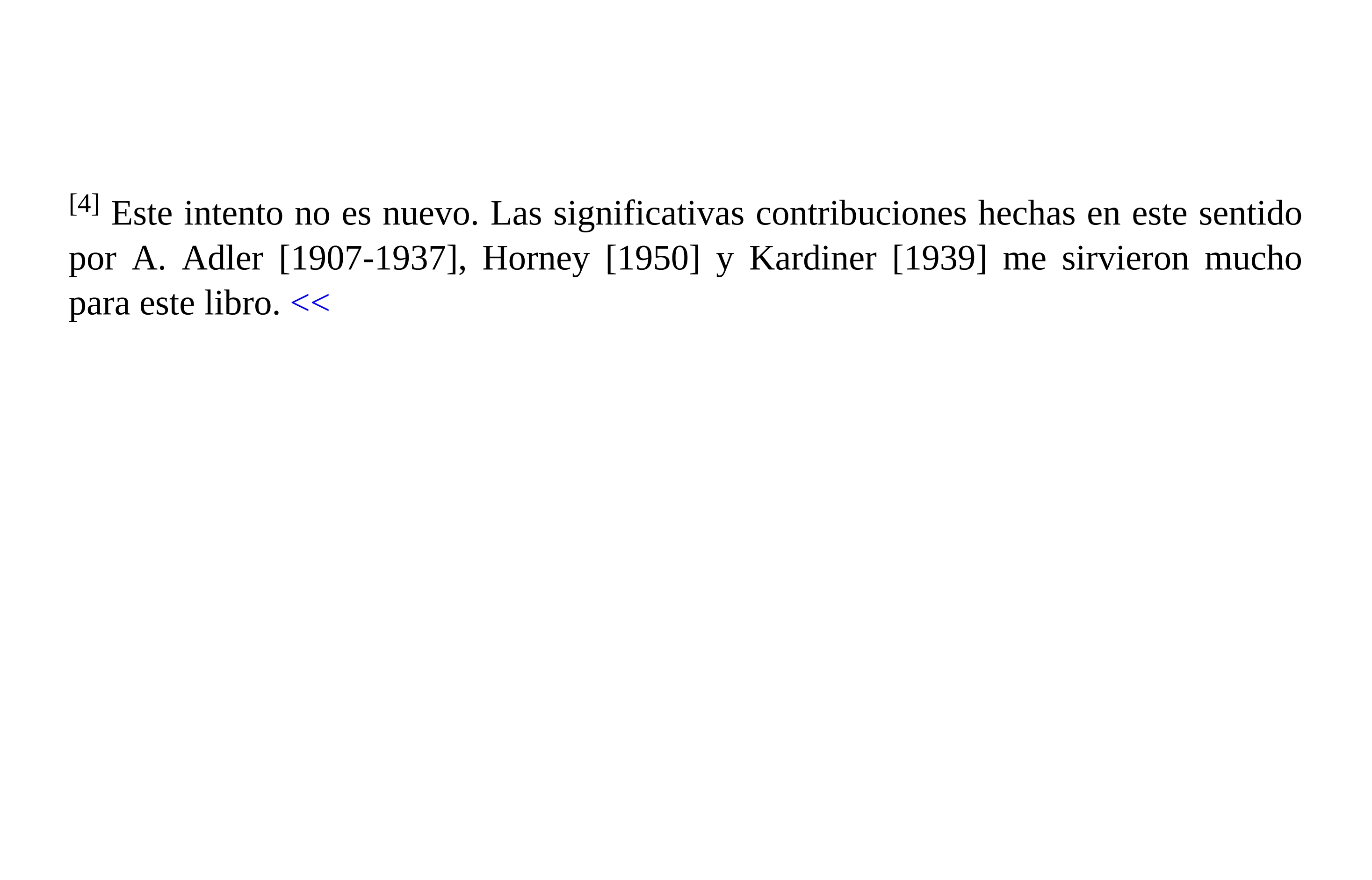
[4] Estas observaciones sugieren que existe una antítesis específica entre el operacionalismo [Bridgman, 1936] y los principios cristianos clásicos acerca de los métodos adecuados para descubrir la «verdad» (o la «realidad»). Las técnicas religiosas mencionadas consistían en convertir las experiencias privadas en hechos públicos mediante la «revelación» (esto es, la autorrevelación), o la fuerza bruta (la confesión bajo torturas). En contraste, la ciencia moderna trata de desarrollar, dilucidar y divulgar los aspectos públicos de todas las experiencias humanas [Russell, 1948]. El uso de la fuerza —esto es, una persona que coacciona a otra, o incluso la adula— se excluye en forma categórica de esta actividad. La conducta científica está motivada por las perspectivas de lograr el dominio intelectual, emocional, tecnológico, etc., y el usufructo inherente a dicho dominio. <<

[5] Tanto la hechicería como la enfermedad mental se concentran en pautas de desviación de las normas sociales o reglas de conducta. El concepto de enfermedad se refiere al cuerpo humano como máquina animal, antes que al hombre como entidad teológica o social. Por lo tanto, el término «enfermedad» implica tratar con fenómenos que no se relacionan, en primer lugar, con factores sociales. <<

[1] Observemos que Piaget [1932] caracterizó este estadio diciendo que consistía en la «imitación de los mayores con egocentrismo» [pág. 411]. No es casual que se presente aquí, otra vez, el concepto de imitación. Utilizando la imitación como concepto clave y denotando con ella los procesos de desarrollo individual, por una parte, y los conceptos sociales —como reglas, roles y juegos—, por la otra, trataremos de demostrar que el análisis de la histeria en función del modelo de juego y las interpretaciones ofrecidas previamente (en términos de comunicación y de acatamiento de reglas) convergen para formar una única teoría. <<

[2] Sería inútil creer, o pretender, que las doctrinas religiosas —y las rebeliones contra ellas— no continúan desempeñando un papel significativo en la vida norteamericana contemporánea. En realidad, varios importantes movimientos éticos contemporáneos parecen concordar en cuanto al repudio de las doctrinas religiosas tradicionales. El humanismo (norteamericano), el existencialismo (francés) y el comunismo (ruso) sustentan un ateísmo racional. Esta característica común, aunque notable, no debe enmascarar las enormes diferencias existentes entre estos movimientos éticos radicalmente distintos. <<

[3] El deseo de poder, dominio y explotación de los demás no se limita a los miembros de una clase social. Sorokin y Lunden, en *Power and Morality* [1959] —y en muchas referencias citadas en este libro—, demuestran y analizan hasta qué punto esos valores orientan hoy a los miembros de todas las clases sociales en Estados Unidos. <<



[4] Este intento no es nuevo. Las significativas contribuciones hechas en este sentido por A. Adler [1907-1937], Horney [1950] y Kardiner [1939] me sirvieron mucho para este libro. <<

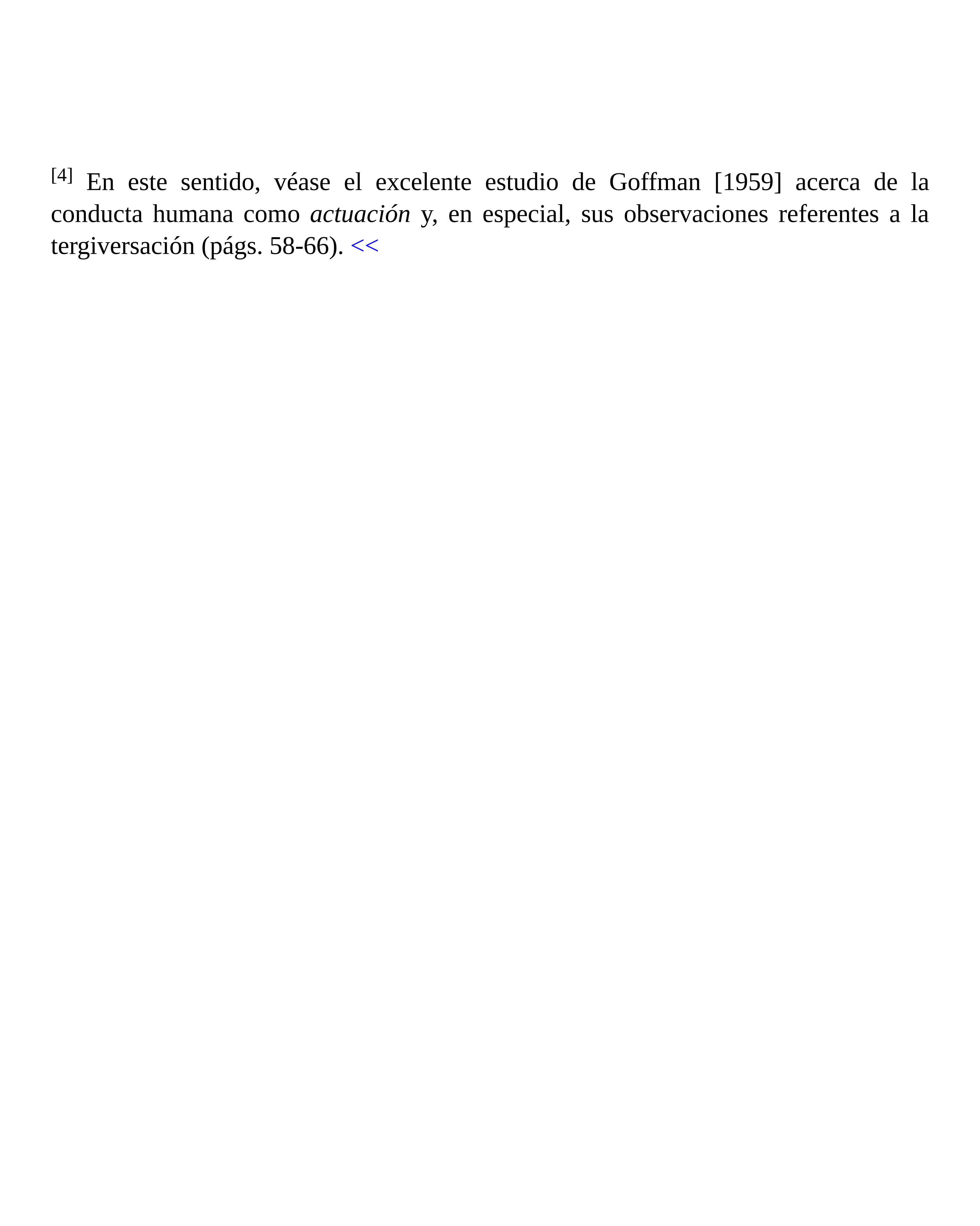
[5] Creo que Bateson [Ruesch y Bateson, 1951] fue el primero en llamar la atención hacia la importancia que revestía para la psiquiatría la teoría de los tipos de Russell. Al definir la psiquiatría como el estudio de la conducta comunicacional (humana), subrayó la necesidad de distinguir varios niveles de comunicaciones —esto es, comunicación y metacomunicación—. En un ensayo reciente, Bateson y otros [1956] utilizaron de nuevo la teoría de los tipos lógicos postulada por Russell, aplicándola a la dilucidación de las comunicaciones que el paciente esquizofrénico y sus objetos significativos intercambiar entre sí de modo característico. <<

[6] Este punto de vista esclarece a la perfección las conexiones significativas entre enfermedad mental y clase social, especialmente en relación con el problema del poder. En otras palabras, los individuos que ejercen un poder muy grande pueden, por lo general, obligar a otros a participar en sus propios juegos. Y mientras puedan hacer esto, no llegarán a ser «enfermos mentales», en un sentido social [Szasz, 1958*f*, 1960*c*]. <<

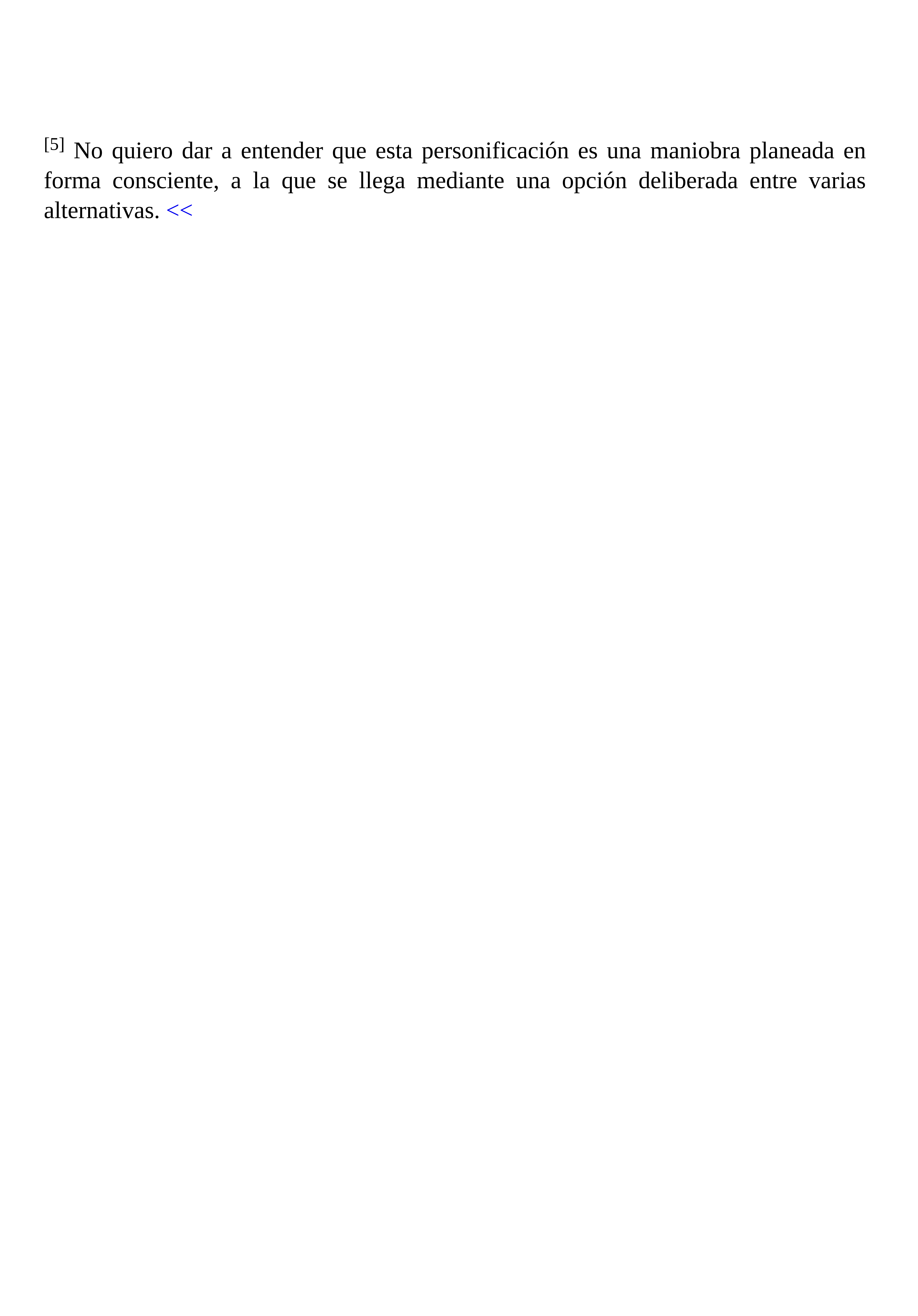
[1] No tomamos en cuenta los juegos que puede jugar una persona sola, como el solitario. Tales juegos constituyen modificaciones especiales de juegos bi o multipersonales. En el solitario, por ejemplo, se podría decir que el jugador juega contra la baraja de naipes. Otros jugadores están presentes, como «objetos internalizados» (en términos psicoanalíticos) proyectados en las reglas, o como el «otro generalizado» (en términos de Mead) contenido en el juego. <<

[2] Consideraciones similares son válidas para los ancianos. A medida que estos dejan de trabajar y se convierten en personas improductivas, sobre todo si se hallan incapacitados desde los puntos de vista económico y físico, su principal rol es ser viejos. <<

[3] No quiero decir con esto que los niños estén siempre oprimidos, o que su carencia de una firme identidad interior se deba a la «opresión». En realidad, el rol de oprimido puede ser, por sí solo, la esencia de la identidad del individuo La falta de una firme identidad personal en la infancia refleja, sobre todo, el insuficiente desarrollo social y psicológico del niño. <<



[4] En este sentido, véase el excelente estudio de Goffman [1959] acerca de la conducta humana como *actuación* y, en especial, sus observaciones referentes a la tergiversación (págs. 58-66). <<



[5] No quiero dar a entender que esta personificación es una maniobra planeada en forma consciente, a la que se llega mediante una opción deliberada entre varias alternativas. <<

[6] No nos interesa examinar las *razones* que mueven a algunas personas a buscar la imitación de los roles antes que el dominio de la tarea y la competencia técnica. Este tema es esencial, por supuesto, para la teoría psicológica y sociológica, así como para la práctica de la psicoterapia. <<

[7] Esta es una característica distintiva de la psicología del impostor y el charlatán. Un ejemplo ilustrativo es el del médico charlatán [Carson, 1960] que se hace pasar por especialista en rejuvenecer a la gente. Esta persona no utiliza sus conocimientos de medicina en forma instrumental, sino solamente con el propósito de engañar a otros. <<

[1] Muchos ejemplos pueden ilustrar esta tesis. Consideremos, verbigracia, el problema moral de la segregación, en especial en la forma en que fue reavivado durante los últimos años por un fallo explícito de la Corte Suprema de Estados Unidos. Hasta el momento que se dictó este fallo, que declaraba la inconstitucionalidad de la segregación racial —y, por ende, su ilegalidad pragmática —, pudo coexistir una mezcla de valores potencialmente antagónicos referentes a los negros, la igualdad, la democracia, etc., sin provocar tensiones sociales muy abiertas. Después que la Corte Suprema confirmó explícitamente el valor ético de la igualdad de negros y blancos (sobre todo con respecto a la educación), los portavoces de los valores opuestos endurecieron sus posiciones. No quiero que mis palabras se interpreten en forma errónea, y se piense que censuro este resultado. Solo deseo sugerir que el hecho de tomar una posición explícita en cuestiones axiológicas podría provocar, por lo menos en forma temporaria, divisiones sociales. <<

[2] *Si el terapeuta opta por jugar el juego del paciente* puede sobrepujarlo satisfactoriamente y lograr curas sintomáticas notables. Esto, por lo común, no ayuda al paciente a comprender mejor su propia conducta de participación en un juego, ni tampoco a ampliar su repertorio lúdico. <<

[3] En este sentido, existe una notable similitud entre las actitudes psicoanalítica y cristiana clásica. ¡Ninguna acepta a *las personas como personas*! El psicoanálisis suele aceptar a las personas como «enfermos» (esto es, «neuróticos» o «psicóticos»), mientras que el cristianismo los acepta, en general, como «pecadores». <<

[4] Esto no es válido para las relaciones entre adultos basadas en la realización de determinadas tareas adecuadas para ambas partes. Podemos encontrar ejemplos de estos casos en las buenas —o, quizás, ideales— relaciones que mantienen empleados y empleadores. <<

[1] En las obras psicoanalíticas, encontramos a menudo referencias casuales al juego como modelo de situaciones de la vida real. En un reciente ensayo, Greenacre [1959] escribió, por ejemplo: «Recordamos aquí esta advertencia de Fenichel: la principal manera de manejar la trasferencia es *no incorporarse al juego*» (pág. 488). [Las bastardillas son mías]. Mi propósito fue considerar este modelo en forma mucho más seria que hasta ahora, y basar en él gran parte de la teoría psiquiátrica y psicoanalítica. <<

[2] Mach ofreció una primera formulación, notablemente perspicaz, de este fenómeno, al que denominó «principio de continuidad» [pág. 57]. Véanse también Dollard y Miller [1950, cap. XVII] y Szasz [1960*a*, pág. 14]. <<

[3] Estas pocas observaciones solo permiten vislumbrar el muy complejo tema de la psicología de la esperanza en relación con la fe religiosa. El núcleo de este problema es el siguiente: ¿En qué *cifra el hombre su esperanza*? ¿En qué debe *ponerla*? Prescindiendo del carácter marcadamente existencial de estas preguntas, quiero subrayar solamente que poner la esperanza en la fe religiosa es, desde el punto de vista psicoeconómico, una de las mejores inversiones posibles. Esto se debe a que invirtiendo una pequeña cuota de esperanza en la religión —especialmente en la religión cristiana— uno recobra una gran dosis de esperanza. Recordemos, después de todo, que las religiones *prometen* esperanza y gratificaciones de toda índole. Pocas actividades, fuera de los nacionalismos fanáticos, prometen tanto. El porcentaje de recompensa que reditúa la esperanza invertida en la religión es, por lo tanto, mucho más alto que el que ofrece la esperanza invertida, por ejemplo, en las búsquedas racionales cotidianas y prácticas. Por consiguiente, quienes poseen pequeños capitales de esperanza harían bien en invertir sus «ahorros» en la religión. Desde este punto de vista, se podría decir que la religión es la *esperanza del desesperanzado*. (Con respecto a esto, véase el cap. 11, págs. 200-03). <<



[1] Emplearemos el término «semiótica» para designar la *ciencia de los signos* [Morris, 1946, 1955]. <<

[2] En la quinta parte de esta obra presentaremos un análisis sistemático de la conducta personal como participación en un juego, pero el *modelo del juego* es utilizado a lo largo de todo el libro. A menos que se indique lo contrario, por «juegos» me refiero a los juegos de naipes, de tablero o deportes corrientes. Si bien es difícil dar una breve definición del concepto de juego, las situaciones de juego se caracterizan por un sistema de roles y reglas establecidos y que se consideran más o menos prescriptivos para todos los participantes. <<



[1] En este caso, *Forrestal* representa la contracción de *forest* (bosque) y *tall* (alto). (*N. del E.*) <<